

**Investigación acerca de la Función de las Palabras en la Situación Psicoanalítica\***  
*Charles Rycroft*

**Descriptores: SIGNO / SIMBOLO / INTERPRETACION / RELACION DE OBJETO / PSICOANALISTA / PACIENTE / ENCUADRE.**

—|—

En este trabajo intentaré formular ciertas ideas acerca de la función de las palabras en la situación psicoanalítica. Al hacerlo continuaré una línea de pensamiento que adopté en mi trabajo sobre simbolismo en el cual, siguiendo a Milner 7 y a Kubie<sup>3</sup> asumí el criterio de que es erróneo restringir el concepto analítico del simbolismo al uso de símbolos por el proceso primario y sugerí que las palabras deberían ser incluidas en la categoría general de símbolos aunque pueden ser diferenciadas de otros símbolos en base a: a) que sus conexiones simbólicas inmediatas permanecen conscientes; b) que el desplazamiento de catexis desde la representación, es solamente parcial, la palabra permanece ligada y sin embargo distinguible de su significado, y c) que ellas son convencionales. Estas características diferenciadoras incapacitan a las palabras para ser usadas en el proceso secundario para propósitos de comunicación, aunque también continúan siendo objeto de la catexis derivada de las fuentes instintivas.

En el último párrafo de mi trabajo sobre simbolismo, sugerí que, es esta función dual de las palabras la que hace posible el tratamiento psicoanalítico.

Antes de llegar al tema principal de este trabajo, debo mencionar que mi contribución al simposium del centenario de Freud sobre la teoría de la técnica <sup>10</sup> estaba basado sobre un primer esquema de este trabajo y que varios párrafos y cláusulas son comunes a ambos. Sin embargo, mi contribución al simposium debía corresponder a un propósito específico para una ocasión dada, estando limitada su duración a 20 minutos. Por esa causa, resultó muy sintetizado, llevándome en algunos aspectos a afirmaciones insatisfactorias de varias ideas, las cuales deseo desarrollar con mayor detalle ahora.

He llamado al trabajo de hoy Investigación para atraer la atención sobre un tema que reclama mayor exploración, dada la naturaleza de sus contenidos subyacentes. Ahora, como en anteriores comunicaciones, adopto el punto de vista mediante el cual se concibe al hombre como un animal social, quien además de sus impulsos de autoconservación y conciencia, está continuamente llevado a mantenerse en una recíproca interrelación de adaptación con sus objetos. Considero además los psicodinamismos como el estudio del desarrollo de la capacidad para las relaciones interpersonales y la psicopatología como el estudio de los modos en que esta

---

\* An enquiry into the function of words in the pschoanalytical situation. Trabajo leído en la Sociedad Psicoanalítica Británica el 16 de enero de 1957. ("Int. J. Psycho-Anal.", XXXIX, p. 408, 1958.)

capacidad puede fallar.

Empezaré mi exposición con dos citas conocidas del Yo y el Ello de Freud 2: la primera es su definición del Yo “como la parte del inconsciente que ha sido modificada por la influencia directa del mundo exterior”. La segunda se refiere “a que la diferencia esencial que existe entre una idea inconsciente y una preconscious reside en que esta última ha entrado en conexión con imágenes verbales. Si consideramos que las palabras se aprenden de los objetos del mundo exterior y que su función primaria es comunicarse con ellos, estas afirmaciones implican: a) que la cualidad esencial de las ideas preconscious y por ende conscientes, es que han adquirido la cualidad de comunicabilidad, y b) que el Yo es la parte del inconsciente que tiene que ver con la comunicación con los objetos externos. La importancia de esta comunicación y por eso del lenguaje, como uno, aunque no el único medio de comunicarse, surge del hecho de que la capacidad para las relaciones interpersonales, no es simplemente la manera de ser capaz de usar objetos para satisfacer deseos libidinosos, sino la habilidad para mantener una relación recíproca entre el self y el objeto, antes, durante y después de la consumación de los actos apropiados para esa relación particular. También involucra la habilidad para mantener una relación psíquica interna, vivida con el objeto, durante su ausencia física. En otras palabras, es la capacidad para mantenerse en contacto o comunicación con objetos que son percibidos como una realidad y reconocidos como separados del self. Aunque, indudablemente las palabras no son las únicas herramientas de la comunicación interpersonal (hay numerosas ocasiones en las cuales el uso o abuso de las palabras pone en evidencia el fracaso en la comunicación en un nivel emocionalmente más simple) es evidente que juegan una parte importante en todas las relaciones interpersonales. Su uso implica, por lo menos, algún reconocimiento del objeto como separado del self y a diferencia de otras herramientas de comunicación, tales como gestos y expresiones emocionales (algunas de las cuales, por lo menos son innatas) ellas son obviamente aprendidas dentro del marco de la relación de objeto. La capacidad de hablar es, ciertamente una función mental, la cual muestra que el inconsciente “ha sido modificado por la influencia directa del mundo exterior”. Sin embargo la función importante jugada por las palabras en todos los procedimientos psicoterapéuticos, muestran que ellas pueden ser un importante vehículo en estas relaciones, las cuales pueden alterar profundamente a los participantes.

La terapia psicoanalítica, en particular, muestra que puede ser usada para expresión y resolución de conflictos infantiles, incluyendo aquellos que datan de antes de la adquisición del lenguaje por el paciente. La forma en la cual esto último puede suceder, ha sido bellamente descrito por Ella Sharpe en su trabajo sobre Metáfora.<sup>11</sup>

Un carácter especial de las palabras es el de su función permisiva, la cual mantiene una relación con su función de comunicación semejante a la del Super-Yo con el Yo.

La adquisición del lenguaje, dentro del marco de las relaciones objetales, conduce, como resultado de la introyección de objetos a la formación de sanciones internas, permitiendo la formulación y expresión de ciertas ideas y de prohibiciones internas, que evitan la formulación y expresión de otras, las cuales se reprimen. La formulación y comunicación de una idea, previamente inconsciente, involucra por eso la superación de una resistencia interna, derivada del Super-Yo o para afirmar lo mismo, en términos de fantasía, a despecho de un objeto interno. Esta es la razón, por la cual, cuando el analizando expresa una idea previamente rechazada, es precedida por ansiedad o por aumento de las defensas contra la misma, sucediéndole una sensación de relajación,

cuando la idea puede al fin comunicarse. También por eso es que la formulación de ideas originales, aunque sean de naturaleza científica e impersonal, requieren valentía. Tanto el analizando como el pensador o el artista original tienen que hacer frente al temor de no ser entendidos ni aprobados. Ellos enfrentan el temor a la separación de los objetos, tanto internos como externos.

Para decirlo de otro modo, la comprensión y tolerancia de una idea de parte del analista, da al analizando el permiso para conservarla. Me refiero aquí a la situación del analizando que obtiene permiso de su analista para tomar en consideración una idea previamente reprimida, no solamente para conservarla, ya que, obviamente puede suceder que tenga que tomar en cuenta una idea conscientemente, antes que pueda descubrir que no es verdadera; o abrigar el deseo de hacer algo antes de que pueda descubrir que realmente no desea hacerlo.

—II—

En este trabajo, sin embargo, no intento considerar la parte jugada por las palabras en la economía interna del analizando y no discutiré con ningún detalle el rol que tienen en la comunicación intrapsíquica, en la integración y en el desarrollo de la conciencia. En lugar de eso me limitaré a ciertos aspectos de la intercomunicación entre el analista y el analizando, con especial referencia a la comunicación verbal hecha por el primero al paciente. El propósito del tratamiento psicoanalítico es aumentar la capacidad del paciente para la relación objetal, y los diversos procedimientos técnicos del analista están destinados a establecer una forma especial de relación entre él y el paciente, en la cual el analista, permaneciendo como un objeto externo, pueda también llegar a ser la representación y personificación temporaria de las diversas figuras internas, que datan de su pasado y con las que está ligado, a expensas de su capacidad para relaciones conscientes con objetos externos, en el presente.

La primera contribución del analista para el establecimiento de una relación entre él y el paciente, es el requisito de un ambiente, dentro del cual, pueda desarrollarse esta relación. Este ambiente incluye, entre otras cosas, un cuarto tranquilo, a cubierto de interrupciones, con un diván, donde se realicen regulares y frecuentes entrevistas, y al mismo analista.

Este ambiente es, en sí mismo, una comunicación para el paciente, ya que sus detalles son todos signos de que el analista está preparado para asumir una cierta actitud hacia él; que se propone escucharlo, interesarse en él, sin requerir el interés de parte del paciente hacia él, protegiendo el contacto entre ambos de molestias externas.

Esta comunicación no verbal, es una indicación de que él puede contribuir con una parte al establecimiento de esa relación objetal, como persona que mantendrá un interés firme y sostenido en su objeto, el paciente. Logra esto, en primera instancia, por medio de signos —uso la palabra “signo” como un término técnico semántico— los que indican la existencia de una situación psicológica particular. La posición de la silla del analista en relación con el diván del paciente, significa la preparación del analista para escucharlo; sus arreglos, acerca del número de sesiones, su voluntad para continuar, etc. Estos detalles son todos signos de la contribución del analista para el establecimiento de una relación entre él y el paciente, no obstante el hecho de que el paciente pueda también utilizar cualquier detalle particular como un símbolo, con el cual representar ideas específicas inconscientes propias.

He hecho uso de la distinción formulada por los dialécticos, entre signos y símbolos. Los signos indican la existencia o presencia de algún proceso, objeto o condición; mientras que los símbolos se refieren o representan concepciones de procesos, objetos o condiciones. Los signos psicológicos, son también señales, ya que

su función es comunicarse con un objeto que corresponde.

El grito de un bebé, no es solamente la señal de que hay un niño “en apuros”; es también una señal del problema que tiende a evocar una respuesta apropiada en su madre. Del mismo modo los signos de interés sexual, son señales que tienden a evocar, o una respuesta, o alternativamente, defensas contra ella.

Los signos juegan una parte especialmente importante en la comunicación de afectos, ya que muchas formas de expresión emocional son probablemente innatas e inmediatamente comprensibles, sin recurrir a una interpretación simbólica. Los sueños y los síntomas, por otro lado, son modos simbólicos de expresión, ya que ellos se refieren a concepciones existentes en la mente del paciente, y que solamente resultan comprensibles en relación con ellos. Las palabras usadas en el análisis son también símbolos, ya que se refieren a ideas del analista y del paciente. Pero también las inflexiones y los tonos que acompañan al lenguaje, son signos, ya que indican directamente el estado emocional del que habla.

Al describir la disposición de un ambiente, como la primera actividad terapéutica del analista, estoy siguiendo a Winnicott<sup>13</sup> y a Balint<sup>1</sup> quienes en diferentes formas y desde diferentes puntos de vista, han enfatizado la importancia del ambiente y de la atmósfera dentro de la cual, el proceso analítico tiene lugar. Este ambiente provee el marco dentro del cual, la comunicación simbólica se desarrolla. El analista invita al paciente a hablarle, escucha y de vez en cuando habla él mismo. Cuando habla no lo hace para él ni acerca de él, sino al paciente y acerca del paciente. Su propósito al hacerlo, es favorecerle la autocomprensión, llevando su atención a ciertas ideas y sentimientos, los cuales no han sido comunicados por éste explícitamente, pero que forman parte de su presente estado psicológico. Estas ideas, que el analista es capaz de observar y formular, a causa de que están implícitas en lo que el paciente ha dicho o en la forma en que lo ha dicho, han sido inconscientes o de no serlo, han carecido de la comprensión de su importancia presente e inmediata. En otras palabras el analista busca ensanchar el campo endopsíquico perceptual del paciente, informándole de detalles y relaciones dentro de la total configuración de su actividad mental presente, la cual por razones defensivas, es incapaz de percibir o comunicar. El analista es capaz de hacerlo, aunque no enteramente, porque él presupone que, aunque conscientemente el paciente sólo espera que se le hable a él y acerca de él, inconscientemente, está también tratando de satisfacer su necesidad de una relación objetal a través del contacto con el analista.

Como resultado, el material aportado involucra consciente o inconscientemente al analista, del mismo modo que las interpretaciones de éste involucran al paciente. La diferencia entre ambos es que, la concepción que el paciente tiene de su analista está profundamente influenciado por la proyección de las diversas imagos internas, que datan de su pasado a las cuales está ligado a expensas de objetos externos; mientras que la concepción que el analista tiene de su paciente está relativamente poco modificada por la proyección. Las interpretaciones del analista tienden por eso a relacionar los sentimientos e ideas que el paciente tiene acerca de su analista con la forma en que ellos reflejan sus experiencias y fantasías de las primeras relaciones objetales. Progresivamente lo ayudan a discriminar entre sus fantásticas e infantiles preconcepciones del analista y otras figuras de su vida presente y la realidad de su relación adulta con ellos y por eso, se le hace cada vez más fácil concientizar sus pensamientos y comunicárselos al analista. Lo que lo impulsa a hacerlo es su deseo de establecer una relación en la cual pueda compartir experiencias, en lo que se había sentido frustrado por su situación de enfermo y por consiguiente aislado.

La situación analítica capacita al paciente para comunicar, compartir y hacer surgir

en relación con un objeto, sentimientos, recuerdos y pensamientos que habían sido reprimidos e inconscientes o clivados y experimentados solamente en forma disociada. Como estas comunicaciones son predominantemente verbales, el proceso analítico hace emerger ideas inconscientes y no formuladas en conexión con imágenes verbales. El hecho de que el analista sea más tolerante de lo que han sido las imágenes infantiles, que formaron su Super-Yo, permite que las ideas que fueron reprimidas, se puedan verbalizar y comunicar. Además, la comprensión del analista del lenguaje de los sueños, síntomas, fantasías y defensas, lo capacitan para traducir en palabras, las tentativas inconscientes de comunicación que antes habían sido inaccesibles e inconscientes, ya que, su conocimiento de la sexualidad infantil y de la naturaleza de las relaciones objetales infantiles lo colocan en situación de facilitar la simbolización de impulsos pregenitales que habían sido intolerables para el Yo del paciente, tal como se encontraban en su forma original. El aumento de la capacidad del paciente para conscientizar, comunicar y compartir su vida mental, no puede ser atribuida solamente al contenido intelectual de la interpretación del analista. Es consecuencia también del hecho de que, cada interpretación correcta, libre como ha de estar de reaseguramiento o sugestión contiene elementos que están implícitos en ella, que le permiten percibir al paciente cuál es la actitud de su analista hacia él. Además, al aclararle sus fantasías o defensas, indica que el analista está presente y atento, que ha estado escuchando y que ha entendido lo que el paciente ha dicho, que recuerda no sólo la sesión presente sino las anteriores y que ha estado suficientemente interesado como formular sus interpretaciones en base a todo ese material. Por otra parte, por el hecho de que la interpretación no presuponga ni una reaseguración ni una admonición, le hace sentir que sus sentimientos no son, ni únicos ni incomprensibles y que el analista ni se impresiona por lo que oye, ni que procura que el paciente se comporte de acuerdo a los preconceptos del analista. En otras palabras, el paciente percibe: a) que el analista está interesado en él como otro ser humano y que es capaz de entenderlo, y b) que es posible tener una relación con otra persona, sin violación de su propia experiencia subjetiva y de su capacidad intrínseca para su desarrollo. Debería quizá enfatizar que me estoy refiriendo aquí, a interpretaciones que son, no solamente correctas, respecto a su contenido, sino también, en relación con el tiempo y el afecto.

Estas afirmaciones, son signos del interés del analista por su paciente; de su capacidad para mantener una relación objetal, al menos dentro de los límites de su consultorio. Le dicen lo único que el paciente necesita saber de su analista y es la mejor contribución de éste para que la relación entre ambos no sea una relación ilusoria sino real. Constituye una relación afectiva y como es característico de este tipo de comunicación, está formada por signos y no por símbolos. Aunque podría ser comunicado explícitamente, en palabras, sería irrelevante e inútil hacerlo así, ya que sería un intento de transferir algo que el paciente solamente puede creer en la medida en que haya adquirido la capacidad para relaciones objetales. En las neurosis de transferencia, la confianza en los objetos externos, está suficientemente desarrollada, como para evitar al paciente la duda acerca del afecto e interés del analista; mientras que en las neurosis narcisísticas, la desconfianza en los objetos externos constituye un importante problema terapéutico. En las primeras una mención explícita sobre el interés del analista, es inútil por innecesaria; en las segundas es inútil porque no sería creída. Indudablemente, muchos de tales pacientes, sentiría que cualquier expresión de sentimientos positivos de parte del analista, sería algo forzado. Las diferentes psicoterapias que usan manifestaciones explícitas de sentimientos positivos de parte del terapeuta, probablemente trabajan solamente explotando la capacidad del paciente

para superar la desconfianza por medio de la idealización. A la larga, ésta puede ser superada por las señales de un interés real y sostenido y por la comprensión y no por la expresión verbal de sentimientos positivos. Además de la función simbólica de la comunicación de ideas, lo que aumenta el “insight” y conciencia del paciente, las interpretaciones tienen también la función-signo de transmitir al paciente la actitud del analista hacia él. Se combina con el material ambiental proporcionado por el analista, para formar su contribución afectiva al establecimiento de una relación (experimental) en la cual, la desconfianza puede ser vencida y así aumentar su habilidad para contactar y comunicarse con objetos externos.

— III —

En el párrafo anterior he mencionado tres problemas que, de profundizarlos nos alejarían del tema de este trabajo. Estos son: a) la distinción entre signos y símbolos y la parte jugada por la comunicación por medio de signos, en las relaciones humanas en general y en la situación analítica en particular; b) la parte desempeñada por la actitud emocional del analista en la superación de la desconfianza del paciente por los objetos, y c) la naturaleza y estado psicológico de la actitud terapéutica del analista. Pero, antes de retomar el tema de las palabras en la situación psicoanalítica, desearía sin embargo, comentar brevemente estos tres tópicos.

La distinción que he hecho entre signos y símbolos, no podría ser defendida en la forma precisa en que lo he hecho, si hubiéramos intentado un análisis clínico y semántico más detallado de los dos conceptos. La razón de esto estriba en que el concepto “signo” abarca dos nociones, las cuales no son necesariamente inseparables. Estas son: a) la idea de que un signo indica la actual presencia de algo, en contraste con un símbolo el cual solamente se refiere a eso o lo representa, y b) la idea de que un signo puede ser entendido directamente, sin una interpretación simbólica. En toda ocasión en que he usado el término “signo” lo he hecho para referirme a algo que indica la presencia de lo que esto significa, pero los diversos signos que he mencionado, difieren respecto a la forma en que son percibidos y aprehendidos. El grito de un bebé es probablemente entendido y correspondido directa e instintivamente y así, probablemente sucede, con los tonos e inflexiones del lenguaje, pero los signos del ambiente analítico, requieren cierto desarrollo de la capacidad para el pensamiento simbólico, antes de que puedan ser entendidos. Un análisis más amplio de este problema nos llevaría a mayores distinciones y definiciones verbales y a exámenes clínicos de cómo los afectos son expresados, comunicados y percibidos. Para los propósitos de este trabajo necesitamos solamente reconocer que existen.

La idea de que la actitud afectiva del analista ayuda a disipar la tendencia a la desconfianza en pacientes narcisísticos, está basada en la suposición de que dicha desconfianza no puede ser entendida en término de proyección de hostilidad solamente, sino que es también una manifestación de la hipersensibilidad del Yo narcisístico. Los objetos y las circunstancias, sentidas como amenazantes para la integridad del Yo, siempre tienden a evocar odio y suspicacia y esta reacción defensiva, surge fácilmente en pacientes que temen que el contacto positivo con un objeto, presupone forzosamente una sumisión a los intereses de ese objeto, al mismo tiempo que lo sienten como una violación y pérdida de la mismidad del Yo. Mientras este temor esté presente, la situación analítica puede parecer peculiarmente peligrosa, ya que las interpretaciones pueden ser sentidas como un intento de imponer el punto de vista del analista sobre la realidad psíquica, basada en una teoría psicológica tan

evidente como para hacerle ver que dispone de una *Weltanschauung*\* para convertir a sus pacientes. Además, el mismo hecho de que el lenguaje derive de objetos externos y que contenga restos de experiencias y teorías psicológicas pasadas, puede llevar a odiar y desconfiar hasta de las mismas palabras. La única paciente que tuvo que odiaba abiertamente a las palabras, lo hacía sobre la base de que en su propia experiencia mostraba la imposibilidad de un real entendimiento entre seres humanos. Solamente cuando escribía poesías, sentía que las palabras le pertenecían.

Se han hecho varios intentos para definir la naturaleza de la actitud terapéutica del analista, pero no han tenido éxito, según creo, por el hecho de que se han tomado en cuenta más elementos de los que en realidad están presentes en esa situación. Desde las opiniones de que el analista permanece como un observador distante, que opera en forma puramente intelectual, sin perturbarse, hasta la idea de que es su amor el que cura a los pacientes, hay un amplio campo de ocurrencias. Por otro lado, algunas de las descripciones más apropiadas de la actitud del analista, fracasan totalmente, al definirla psicológicamente. Por ejemplo, la frase “neutralidad benévola” es una combinación de dos términos contradictorios; presupone una actitud afectiva y otra que no lo es.

Mi posición en este trabajo, es la que la define como un sentimiento, en el sentido de Mc Dougall 6 y de Shand, como una actitud emocional, organizada y duradera, que se mantiene consistentemente, a pesar de las modificaciones pasajeras que pueda sufrir, debida a fatiga, preocupaciones, etc. Este sentimiento o actitud, puede ser considerada como aquella parte específicamente desarrollada de la capacidad para establecer relaciones interpersonales y que hace del interés, preocupación y empatía por el objeto, una actividad material y espontánea.

Lo que capacita al analista para mantener este sentimiento, resulta de la intervención de diversos factores: a) los diferentes impulsos e identificaciones que lo han llevado a elegir el psicoanálisis como profesión y le permiten obtener satisfacciones en ella; b) el ambiente analítico el cual es adaptado a sus necesidades y a las de su paciente, por ejemplo, protegiéndolos de distracciones externas. También restringe a límites conocidos y tolerables el contacto que tiene con él; c) el hecho de tener varios pacientes, disminuye la intensidad de su compromiso con uno de ellos, y d) su capacidad para realizar un clivaje en su yo, análogo al requerido al paciente (12) lo que hace de su relación con ellos una participación imaginativa en sus vidas internas y externas más que un compromiso directo. He seleccionado estos cuatro factores, ya que al mencionarlos juntos, sirven para atraer la atención sobre la parte desempeñada por las necesidades y capacidades del analista en la situación analítica. Aunque el interés y la comprensión sentida por el analista sea consciente o inconscientemente percibida por el paciente, en un momento dado, éste la negará o la distorsionará, en cualquier momento dado como cualquier otro aspecto de la situación analítica. La percepción del paciente de que es comprendido, puede ser usada, por ejemplo, como la base de una fantasía de unión completa con el analista como le sucedía a una paciente mía, cuando reaccionaba a una interpretación sentida particularmente comprensiva, entrando en un estado dichoso, hipomaniaco, al cual llamaba: “la armonía trascendental”. En contraste, consideraba como ataques sádicos deliberados a aquellas interpretaciones para las que no estaba preparada a aceptar.

Aunque menos dramáticamente, otros pacientes pueden sobre-valorar el sentimiento de ser comprendidos, como una defensa contra el reconocimiento de

---

\* En alemán en el original.

necesidades corporales y sentimientos de frustración. Por otro lado, los pacientes que equiparan el ser entendidos con el ser devorados o penetrados, pueden negar tal comprensión o hacer lo posible para que el analista no los comprenda.

Alternativamente pueden tratar de probar que dicha comprensión no es sincera o que solamente está motivada por consideraciones intelectuales o intereses financieros. Ellos pueden también hacer lo posible, para hacerle ver al analista su incapacidad para comprenderlos y aún hacerle dudar de su capacidad para ser un buen analista. En ese sentido, se comportan como niños vengativos, que llevan a sus padres a una situación de duda acerca de sus sentimientos paternos. Tales pacientes suministran incidentalmente otra razón para explicar la expresión del interés del analista por ellos.

—IV—

Volviendo al tema principal de este trabajo, me gustaría discutir brevemente otros tres factores que influyen el significado total que el paciente atribuye a las interpretaciones del analista.

El primer factor es que el paciente usa a veces la palabra como un símbolo sustitutivo de actividades sexuales infantiles. En esos casos, él no solamente usa sus propias palabras para descargar impulsos orales, anales y fálcos o lograr placer exhibicionista o narcisista, sino que también dota a las palabras del analista con un sentido idéntico o complementario. Por lo tanto, reacciona ante las palabras del analista, como si también tuvieran estos significados pregenitales, oyéndolas como si expresaran contenidos orales, masoquistas o voyeristas.

El segundo factor, surge del hecho que, lógicamente hablando, cada afirmación implica otras dos clases de afirmaciones; las suposiciones que han sido hechas antes que la afirmación original, y las conclusiones que puedan sacarse de ellas.

Se desprende de esto, que cada interpretación que hace el analista, presupone un número completo de supuestos acerca de las funciones mentales en general y de la psicología individual del paciente en particular, así como también un número de deducciones que de ello se pueden extraer.

La capacidad de los pacientes para aprehender el total de contenidos que están en una interpretación dada, varía considerablemente. Esta variación no es solamente función de la inteligencia, sino que depende además de varios factores que influyen el ritmo en que el “working through” se lleva a cabo.

El hecho de cada interpretación lleva implícitas otras, es importante al considerar el proceso interpretativo durante el curso del análisis, ya que así, cada interpretación puede ser vista como una parte de ese proceso interpretativo, en el que están presentes otras anteriores, así como también las que le sigan.

En otras palabras, cada interpretación ha de ser considerada como un detalle de un “pattern” interpretativo total, que emerge durante el curso del análisis.

No quiero sugerir con ello, que ese pattern total tenga que estar explícito en la verbalización del analista ni que tenga que acompañarse de un “insight” total del paciente. Suponerlo así sería olvidar que los hechos clínicos nunca aparecen en forma tan ordenada como las teorías que extraemos de ellos.

El tercer factor que influye en el significado atribuido a las interpretaciones es que todas las palabras tienden a evocar imágenes adicionales, asociadas a aquellas que son necesarias para que se pueda comprender la idea que la palabra trata de transmitir. Estas imágenes asociadas son las responsables de la poesía de las palabras así como por el hecho de que todas las palabras, aún hasta las más abstractas, tienen matices y



resonancias y tienden a evocar imágenes concretas. Hasta el idioma creado para limitar el contenido significativo, determinaría un sentimiento de aridez. El hecho de que el analista y el paciente tengan un lenguaje en común, presupone que tiendan a compartir las mismas asociaciones frente a las palabras, pero la disparidad de asociaciones, puede en ocasiones ser una fuente de malos entendidos y confusión. Obviamente puede suceder que el analista use, por ejemplo, involuntariamente, alguna palabra o frase que el paciente asocie con una situación particularmente afectiva, diferente a la intención con que le fue dicha. A su vez, aquél puede no apreciar el significado psicológico de una palabra usada por el analista y tomarla en un sentido más literal y restringido. Así, un paciente no comprendió que la palabra “castrado” usada a menudo por el analista, se refería a sentimientos o ideas de mutilación o desvirilización psicológica tomándola con su connotación anatómica y nada más.

Como resultado, muchas de las interpretaciones que recibía, aunque aceptadas intelectualmente, carecían de realidad psicológica. En tales casos, un entendimiento verbal aparente, enmascara un fracaso en la comunicación. Por otro lado, cuando al interpretar, el analista acierta, tomando contacto con el proceso imaginativo del paciente y adquiere para él, significación en diferentes niveles de experiencia, se logra establecer y mantener una relación con el paciente como una totalidad.

La tendencia de las palabras a evocar imágenes concretas, crea dificultades bastante peculiares en los pacientes que han perdido la capacidad para distinguir entre las palabras y lo que éstas significan, ya que tienden a reaccionar a las interpretaciones como si ellas se refirieran al sentido concreto, dando esto lugar a confusión entre significado literal y metafórico.

La única paciente neologista que he tenido, desarrolló su lenguaje altamente abstracto y tortuoso para prevenirse de ser abrumada por las imágenes concretas y sensaciones físicas que un lenguaje normal, metafóricamente común, determinaba en ella. Indudablemente es en la esquizofrenia y en los pacientes esquizoides en los que los problemas de comunicación se hacen más aparentes, ya que su tendencia a aislarse, su introversión y desconfianza es debida a la ambivalencia entre sus deseos de comunicarse y su temor por los peligros que pueden acecharlo, si ésta se establece.

A lo largo de este trabajo me he concretado más a considerar las comunicaciones verbales hechas por el analista que al comportamiento verbal del paciente. Como resultado, no he discutido la forma en la cual, la información acerca de las situaciones de ansiedad infantil del paciente y su psicopatología pueden ser deducidas de sus hábitos lingüísticos, una posibilidad que ha sido entrevista primero por Ella Sharpe en su trabajo “Problemas psicofísicos revelados en el lenguaje” y en “Un examen de la metáfora” (1940) 11 el cual ha sido estadísticamente confirmado en una serie de trabajos por María Lorenz y Stanley Coob.<sup>41</sup> Lorenz ~ sugiere que muchos de los llamados juicios intuitivos que formulamos acerca de otros, están en efecto, basados en nuestra percepción y valoración inconsciente de sus hábitos lingüísticos y sintácticos y cita ejemplos de la manera en la cual, perturbaciones en las relaciones objetales, en el conocimiento, en la afectividad, etc., están reflejados en los hábitos del lenguaje. Si así fuera, se deduciría, que partiendo del principio que lo que es bueno para uno sirve para el otro, que el paciente también puede tener material aprovechable sobre el cual basar su valoración intuitiva acerca del analista.

El hecho de haber meditado más, sobre lo que el analista dice al paciente que lo que éste suministra como material, se debe a mi convicción de que somos más aptos para aumentar nuestra comprensión de los dinamismos del proceso analítico encarándolo como una relación, aunque bastante particular, entre dos personas, en la

que una persona observa a la otra.

Debe admitirse, sin embargo, que este enfoque del proceso analítico plantea ciertas dificultades, que podrían evitarse fácilmente si nos limitáramos a la ficción de que, simplemente observamos a nuestros pacientes. Estas dificultades son de carácter práctico y teórico. Las dificultades prácticas surgen del hecho que, si admitimos el reconocimiento de la situación psicoanalítica como una relación entre dos personas, estamos obligados a tomar en cuenta la psicología del analista. Por ejemplo, he mencionado que la capacidad de éste para obtener satisfacción de su trabajo, contribuye a su habilidad para mantener una actitud emocional apropiada con su paciente y que ciertos detalles del ambiente analítico, se ajustan, tanto a sus necesidades como a las de su paciente.

Un análisis más amplio de lo que he llamado el modo de sentir del analista, requeriría, sin embargo, una información más detallada de la experiencia subjetiva de éste y de sus razones en la elección de su carrera, pero por el momento no disponemos de material suficiente.

Las dificultades teóricas surgen del hecho que el problema de la comunicación en la situación analítica es en gran parte un problema de afectos y como lo ha señalado Rappaport 8 los problemas clínicos y teóricos son de tal complejidad que "hace que una puesta al día sobre este tema, si no es imposible, al menos es muy difícil". Además, la revisión de Rappaport de las teorías de los afectos, pasados y presentes, muestran que se ha dedicado mayor interés a su significación en términos de tensión y fenómenos de descarga y como señales endopsíquicas usadas por el Yo en su trabajo para manejar los impulsos, que en su función comunicativa. En particular, hay solamente breves referencias (por la vía de la conexión entre afectos y empatía) a las suposiciones hechas a través de este trabajo, que los afectos no son solamente observables, sino que tienden a provocar una respuesta en el observador y que la interacción de los afectos es la responsable, en el sentido de contacto, tan esencial en la situación analítica.

No creo, sin embargo, que haya algo nuevo en esta idea. Está implícita en el concepto clínico de "rapport" y en mucha de la literatura sobre contratransferencia.

En este trabajo he estado interesado en la parte desempeñada por las palabras para mantener un contacto, no solamente intelectual, sino también afectivo en la situación analítica.

Traducido por Vida. M. de Prego.

## BIBLIOGRAFIA

1. BALINT, M.— “Primary Love and Psychoanalytic Technique”. London, Hogarth, 1952.
2. FREUD, S. (1923). “The Ego and the Id.”.
3. KUBIE, L. (1953).— The Distortion of the Symbolic Process in Neurosis and Psychosis. “J. Amer. Psyc. Assn.”, 1.
4. LORENZ, M. and COBLI, S. (1953).— Language Behaviour in Psychoneurotic Patients. “A. M. A. Archiv. Neurol and Psychiatr.”, 69.
5. LORENZ, M. (1953).— Language as Expressive Behaviour. “A. M. A. Archiv. Neurol. and Psychiatr.”, 70.
6. McDOUGALL, W.— “An Introduction for Social Psychology”, 22nd Edition, Chs. V and VI. London, 1931.
7. MILNER, M. (1952).— Aspects of Symbolism in Comprehension of the Not-Self. “Int. J. Psycho-Anal.”, 33.
8. RAPPAPORT, J. (1953).— On the Psychoanalytic Theory of Affects. “Int. J. Psycho-Anal.”, 34.
9. RYCROFT, C. (1956).— Symbolism and its Relationship for the Primary and Secondary Processes. “Int. J. Psycho-Anal.”, 37.
10. (1956).— The Nature and Function of the Analyst's Communications for the Patient. “Int. J. Psycho-Anal.”, 37.
11. SHARPE, E. F. (1940).— Psycho-Physical Problems revealed in Language. An Examination of Metaphor. In “Collected Papers on Psycho-Analysis”. London, Hogarth, 1950.
12. STERBA, R. (1934).— The Fate of the Ego in Analytic Therapy. “Int. J. Psycho-Anal.”, 15.
13. WINNICOTT, D. W. — “Collected Papers. Through Pediatrics to Psycho-Analysis”. London, Tavistock Publications. 1957.