

TÉCNICA

Atención flotante e interpretación¹⁴

Álvaro Méndez Peñaranda¹⁵

Las reglas sobre técnica psicoanalítica desarrolladas por Freud en los años 1900 a 1912 son y continúan siendo aportes valiosísimos a la ciencia psicoanalítica. Freud (1912), en su trabajo *Consejos del médico*, conceptualizó la regla de la atención flotante, que junto con la interpretación constituyen lo que el analista ofrece al analizado, exigiendo de este la regla fundamental, constituyéndose así un diálogo en la pareja analítica.

El analizado, al servir de *emisor* de su mundo interno, expresa por todos los medios de comunicación (verbal, paraverbal y no verbal) todos sus sentimientos, sus pensamientos y lo que pase por su mente manteniendo al mínimo los estímulos sensoriales (regla fundamental) ante un *receptor* (analista). Este último también mantiene al mínimo sus estímulos sensoriales, escucha y recibe todo lo que emite el analizado (atención flotante). Resuena en su mundo interno al mundo interno del analizado, estableciéndose así una comunicación de inconsciente a inconsciente

¹⁴Presentado en el XI Congreso de la Asociación Psicoanalítica Colombiana. Publicado en la Revista Psicoanálisis, 15(2) de 2005.

¹⁵Psicoanalista. Miembro Titular Didacta de la Asociación Psicoanalítica Colombiana q.e.p.d.

donde además del resonar se reactivan vivencias arcaicas de cada uno de los participantes. En esta relación diádica de interrelación mutua se crea un campo dinámico de intersubjetividad donde ambos comparten fantasías inconscientes (Baranger, 1996).

Es de extraordinaria importancia para el analista reconocer y comprender lo que está pasando en sí mismo en este campo vivencial para así entender empáticamente al analizado. Esta comprensión empática le va a permitir poner en palabras sus vivencias contratransferenciales, construyendo así la interpretación que comunicará al analizado en su momento oportuno. Esta capacidad de comprensión del analista está dada también por su análisis personal y su formación teórica.

Con relación a la resonancia del analista, hay cuatro modalidades que denomino: resonancia normal, resonancia imperfecta, resonancia ausente y resonancia de sometimiento.

Resonancia normal (contratransferencia normal o concordante)

El *receptor* (analista), al igual que la madre normal con su bebé, recibe y contiene los mensajes del analizado, transformándolos y dándoles significado para devolverlos al analizado, quien los recibe e internaliza adquiriendo a su vez su propia capacidad de contención. Esto es lo que Bion (1966) llama función *revérie* o ensoñación. El autor define este término como el estado psicológico en que la madre como Otro lleva exitosamente una función continente para la proyección por el infante de pensamientos no pensados y sentimientos no vivenciados, actividad que transforma las sensaciones “en bruto” que experimenta el bebé en sentimientos tolerables para que puedan ser proyectados Etchegoyen (1988) piensa que la idea de

revérie de Bion es una capacidad de resonancia con lo que proyecta el paciente.

Resonancia imperfecta (contratransferencia patológica o complementaria)

El *receptor* (analista), por fenómenos contratransferenciales, distorsiona los mensajes y los devuelve distorsionados. Es lo que ocurría en un analista con angustia contratransferencial.

Resonancia ausente o carencia de resonancia

El *receptor* no resuena ante los mensajes del analizado y estos rebotan sin ninguna modificación, como si chocaran con un muro.

Resonancia de sometimiento inconsciente

El *receptor* (analista) termina inconscientemente desempeñando el papel que el emisor (analizado) le asigne, debido a las violentas proyecciones del analizado (contraidentificación proyectiva).

El receptor y el emisor funcionan en doble vía: algunas veces el emisor se transforma en receptor. Por esto, también debemos tener en cuenta la resonancia en el analizado y la capacidad de escucha del analizado, las cuales pueden estar interferidas. La comunicación del analizado puede estar interferida por los estilos que utilice en su comunicación. A este respecto, Liberman (1974) discriminó seis estilos diferentes de comunicación y los asignó de acuerdo con los diferentes tipos de patología. Así, por ejemplo, los esquizoides que utilizan el estilo reflexivo son pésimos emisores y óptimos receptores. Se caracterizan por su actitud silenciosa con un vínculo únicamente de tipo cognitivo.

No es fácil mantener la atención libremente flotante durante toda la sesión y a menudo esta se ve interferida por fenómenos

contratransferenciales. Sin embargo, cuando a través de nuestra autoobservación y autoanálisis logramos comprender nuestra contratransferencia, esta se convierte en una herramienta poderosa para comprender al analizado. Trataré de ilustrar con un caso clínico la interferencia contratransferencial, transcribiendo apartes de una sesión analítica en una paciente de 23 años, con un año y medio de análisis.

Al tenderse en el diván dice:

P. Quisiera que la sesión fuera un Macromercado donde pudiera encontrar todo y de todo, que pudiera satisfacer mis deseos sexuales y todas mis necesidades, qué rico fuera. Ayer fue un día asqueroso, salí de aquí a cobrar una mercancía que había consignado en un almacén y en el camino le robaron la cadena a mamá y le arañaron el cuello, sentí culpa. Llegamos al almacén y la señora que debía pagarme me dijo que no tenía dinero que le recibiera un cheque posdatado, propuesta que no acepté, por su puesto, tuve mucha rabia. Mamá le dijo que ella no podía disponer de un dinero sobre una mercancía consignada. He estado en un tratamiento de la boca y todos los odontólogos me han fallado. Llamé a mi amigo X y no estaba. Le dejé razón por el *beeper* que me llamara y no me llamó. Esto me molestó mucho, siento que me está rechazando y sacándome el cuerpo. Fuera de eso, para colmo compré dos galones de colbón y me salieron malos. Es que definitivamente me echo responsabilidades que no me corresponden, pues a mi edad yo debería estar estudiando, pues estoy muy joven para responsabilizarme de una microempresa y temo mucho no poder responder.

A. Por eso desea que yo le dé todo (macromercado) para así evitar sus responsabilidades y no afrontar las dificultades de la vida.

P. Es que para mí era muy cómodo que mis padres me dieran todo y cuando esto no ocurría, me las ingeniaba para obtener lo que quería y con mis amigos hacía lo mismo. Yo acosaba a los muchachos y me les pegaba hasta que ellos se aburrían y se retiraban (me sorprendí en ese momento pensando en otras cosas).

A. Siente que yo también le fallo y esto le produce mucha rabia que no me expresa.

P. Sí, es que usted callado que ni me habla. Yo espero que me diga que las crisis de angustia no me van a volver, pero nada, me siento sola y me da rabia tener que afrontar esto sola. Por otro lado, a mis padres ya no se les da nada verme angustiada. Ya ellos superaron eso y se van a dormir tranquilos y me toca pasar la noche sola, hasta que buenamente se me va pasando la angustia.

En la primera interpretación a manera de “regaño”, me identifico con sus objetos internos superyoicos y seguramente con sus objetos internos frustrantes que aparecen en el material y que le fallan. Además, me identifico con los muchachos y los padres que la viven cansona y demandante, pues en la realidad diaria en las sesiones la siento invasiva cuando continuamente llega antes de la hora y está siempre parada frente a la puerta presurosa a entrar.

Es claro que, con esta actitud voraz e invasiva determinada por sus necesidades orales, la paciente busca inconscientemente ser rechazada o

evitada, papel que inconscientemente desempeñé por mis problemas contratransferenciales que me indujeron a identificarme con sus objetos internos dañinos.

Mi resonancia imperfecta o actitud contratransferencial de tipo complementario determinó que mi atención flotante se viera interferida, fallando mi función continente. La paciente trata de compensar mi falla deseando que yo sea un macromercado (pecho omnipotente) para saciar así su gran voracidad. En la segunda interpretación la paciente entiende que reconozco mis fallas y que sé cómo se siente. Aquí funcionó mi comprensión empática, mi resonancia normal o contratransferencia concordante.

Espero que este corto material clínico sirva para discutir puntos específicos referentes al tema que nos ocupa. En la relación analítica se interjuegan las vivencias y asociaciones de los dos participantes. Al respecto, Jacobs (1992) señala que “el proceso analítico inevitablemente compromete el interjuego de dos psicologías y que las experiencias internas del analista aportan un camino valioso para comprender las experiencias internas del paciente”.

Leonardo Wender citado por J. Sandler (1993) comenta en su discusión del trabajo de Jacobs, que “entre la escucha y la interpretación, está el analista y el hombre, sus circunstancias culturales-históricas, su propia neurosis, su contratransferencia que forma un campo dinámico único” que él llama “Mundos superpuestos”. En la atención libremente flotante la escucha no es algo puramente pasivo sino algo activo y al respecto Spence citado por Thoma H. (1989) dice: “si el analista escucha activamente puede dejar flotando sin más sus ideas, sus fantasías, sus

sentimientos, sus anteproyectos, sus teorías y permanecer abierto a nuevas informaciones”.

La relación analítica conforma una pareja analítica con patología específica llamada: neurosis de transferencia con la respectiva neurosis contratransferencial en el caso del neurótico; psicosis transferencial con su respectiva psicosis contratransferencial en el caso del psicótico; y transferencia perversa con su respectiva contratransferencia perversa en el caso del perverso.

En las últimas jornadas psicoanalíticas de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, Alfonso Sánchez (1996) propuso el reconocimiento dentro de la personalidad humana de tres partes: la parte neurótica, la parte psicótica y la parte perversa. En la situación analítica debemos tener en cuenta la patología de la pareja analítica y tener siempre presente en nosotros como analistas nuestra parte neurótica, psicótica y perversa.

Considero pertinente mencionar aquí el concepto de *empatía*, que, para Heinz Kohut, pionero del estudio de la psicología del *Self*, es la herramienta de observación en la comprensión del paciente. Para Kohut (1971), la empatía es la "introspección vicaria" o sea la capacidad de penetrar con el pensamiento y el sentimiento de la vida interior de otra persona. La empatía es un fenómeno intrapsíquico, basado en la capacidad humana para conocer la experiencia interna de otra persona. Se diferencia de la simpatía en que en esta es sentir con el paciente y la empatía es sentir acerca del paciente.

Rosselli, en el prólogo del libro de Mario González (1993), titulado *la Cohesión del Self*, define la empatía “como una actitud mental y emocional del analista que va más allá de la libre atención flotante y del espejo

analítico”, que reclama el psicoanálisis tradicional. “Es más bien una resonancia interna, una comprensión intuitiva en que participan elementos cognitivos y afectivos que le permiten al analista sentir al paciente como un ser humano integral en el aquí y ahora de la sesión”. Esta definición tan completa nos da una clara visión del concepto de *empatía* al mismo tiempo que amplía el uso en diferentes psicopatologías.

La interpretación ha sido definida clásicamente como el hacer consciente lo inconsciente. Para Freud interpretar en análisis es explicar el significado de un deseo inconsciente.

Continuando nuestra línea de pensamiento en que la situación analítica es una relación diádica, es obvio pensar que la interpretación surge de lo que siente el analista, de lo que en él resuena del paciente con su participación inconsciente. Thomas Ogden (1992) al respecto dice que “el analista participa inconscientemente de la construcción de la interpretación dentro del encuadre analítico y que es en parte a través del análisis de la contratransferencia que el analista logra tener acceso al mundo interno del paciente”.

Las interpretaciones surgen por mecanismos latentes a través de intercambios dinámicos entre analistas y paciente, donde funcionan mecanismos automáticos o irracionales como la intuición, la empatía, la introspección, etc. El surgimiento de la interpretación depende de la capacidad de contención y transformación que tenga el analista ante las vivencias del analizado. Las capacidades mentales del analista dadas por su personalidad, su análisis personal, sus conocimientos teóricos y su experiencia influyen directamente en su capacidad interpretativa.

A este respecto, Álvarez (1996) manifiesta que

[...] el estado mental del analista es determinante para modificar la calidad de los objetos internos originales del paciente y esta capacidad lo habilita para mantener su autonomía respecto al objeto proyectado y crear así con arte la interpretación. Es en la interpretación con su valor de verdad, que el analista, como el artista en su obra, se identifica consigo mismo llegando a ser como éles.

La interpretación suele estar precedida de diferentes intervenciones verbales o no verbales, destinadas a facilitar la comunicación con el paciente y así preparar el terreno para la interpretación.

Las palabras del analista dentro del análisis conllevan el camino a la interpretación o son la interpretación misma, sin embargo, los analistas tratamos de que el paciente encuentre las suyas propias, aun cuando hablamos de su propio lenguaje (Sánchez, 1994).

La interpretación transferencial en el marco de un encuadre estable afirma el vínculo analítico y conduce al logro del *insight*. La interpretación está destinada a producir *insight* en el paciente. Se entiende por interpretación mutativa aquella que produce cambios estructurales y siempre tendrá que ver con una emoción que el analizado vivencie como algo actual. Las interpretaciones extratransferenciales solo tendrán un valor conyuntural preparatorio o táctico que abre el camino o realimenta la transferencia. Las interpretaciones transferenciales logran cambios en las relaciones del paciente con sus objetos internos. Cada vez que uno hace

una interpretación se recupera como analista, en la medida que le devuelve al analizado lo que en verdad le pertenece. La interpretación debe darse con afecto, con el deseo de que el analizado se haga cargo de ella y por su cuenta reacomode su conducta.

Una valiosa contribución hace Laverde (1996), quien destaca que:

El riesgo de la actividad interpretativa, cuando esta, en vez de generar comprensión o explicación produce exclusión, rechazo o violencia como resultado de la confrontación de dos estructuras narcisistas en la pareja analítica incompatibles entre sí: recomienda que para disminuir este impacto es necesario que en el curso del proceso analítico se produzcan homologaciones tanto internas como externas (respecto del paciente) entre las mencionadas estructuras narcisistas.

En la situación analítica, el analista escucha con atención flotante todas las comunicaciones del paciente, las contiene y viéndose emocionalmente afectado reacciona e intenta comprender sus propias reacciones, que transformará en una comprensión del paciente. Hay que tener en cuenta además aquellas reacciones de su propia personalidad, sus vivencias, sentimientos, teorías que inevitablemente se ponen en juego en esta relación diádica. Todo esto facilita la comprensión del paciente de parte del analista, quien se lo comunicará en palabras creando así la interpretación. El paciente escucha y percibe la interpretación y si tiene sentido para él, reflexionará produciendo cambios en su relación con sus objetos internos.

La interpretación y el analista que la formula entran a formar parte del

mundo interno del paciente. Intento ilustrar con una sesión del 5° mes de tratamiento de un paciente que gracias a mis persistentes interpretaciones transferenciales logra: introyectar y efectuar cambios respecto a su relación con sus objetos internos.

P. Me puse a pensar en lo que hablamos ayer de no expresarle mis sentimientos. Yo creo que a través de todo lo que le digo, y siendo usted la única persona a quien le digo mis cosas, estoy expresando mis sentimientos. Yo muchísimas veces le pedí que me diera un diagnóstico y que me evaluara como cualquier médico, que si es el de la barriga dice: usted tiene esto y hay que abrirle la barriga para sacarle esto, pero usted siempre en forma terca me decía que continuara hablando. Eso a mí me daba mucha rabia y no podía entender en qué consistía el tratamiento, hasta que al fin caí en cuenta que el tratamiento consistía en que yo hablara y usted me escuchara y me dijera o me interpretara algo. Yo me hubiera ahorrado energías si lo hubiera entendido así. Me sostuve porque la persona que me lo recomendó por algo me lo recomendó y dije “voy a seguir”, hasta que comprendí que ese era el tratamiento.

A. Le daba rabia que yo no le hiciera (lo apearara) o no le diera lo que usted esperaba que le diera (diagnóstico, evaluación, consejos, pautas) y por esto no quería entender el tratamiento.

P. Sí, como los otros médicos que le dan a uno una receta y le dan recomendaciones, como esto no lo lograba yo no podía entender el tratamiento. Hoy en día entiendo que las pautas y los consejos no me habrían servido de nada y veo que lo que recibí me ha

hecho mucho provecho. Hubo un tiempo en que las otras vacaciones que me sentí tan mal físicamente y era tal la ansiedad que dudé de usted y me fui a los Estados Unidos a que me vieran allá y cuando me dicen los clínicos después de muchos exámenes que físicamente estoy bien y que mi problema es psicológico es que resolví volverme a continuar el tratamiento.

En la mayoría de las sesiones, el paciente me pedía insistentemente que le diera un diagnóstico por escrito y que le contestara las preguntas de cómo lo encontraba y cómo iba. Asimismo, esperaba que le diera consejos, recomendaciones y orientaciones que fue lo que recibió de sus padres, educadores y demás médicos. Mi actitud “terca” fue la de escucharlo e invitarlo a que continuara hablando, respondiendo a sus preguntas y deseos con interpretaciones dirigidas a su parte intelectualizadora facilitándole la expresión de sus emociones y en esta forma entendió que el tratamiento no era algo mecánico como abrirle la barriga, sino algo más: el abrir su mundo inconsciente lleno de vivencias y sentimientos a mi mundo inconsciente también, lleno de sentimientos y vivencias.

A pesar de sus persistentes presiones logré mantener mi actitud analítica, mi atención flotante y mi función continente y así pude darle constantemente interpretaciones que le permitieron hacer *insight* cambiando o rompiendo su relación de dependencia de sus objetos internos en la medida que pudo incorporar un nuevo objeto.

Completó dos años de análisis con notorios progresos de sus inhibiciones y sus crisis de angustia.

Referencias

- Álvarez, B. (1996). La interpretación psicoanalítica: Método y creación. Editorial Grijalbo Ltda.
- Baranger, M. (1996) La mente del analista: de la Escucha a la interpretación. Revista de psicoanálisis, 49.
- Bion, W. R. (1966). Aprendiendo de la experiencia. Ediciones Paidós.
- Etchegoyen, H. (1988). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912) Consejos al médico en tratamiento psicoanalítico. 2. Editorial Biblioteca Nueva. p. 326.
- González, M. (1993). La cohesión del Self. Meta terapéutica de un nuevo enfoque en psicoanálisis. Editorial Guadalupe Ltda.
- Jacobs, T. (1992). Las experiencias internas del Analista. Revista de Psicoanálisis, 49(2).
- Kohut, H. (1971). Análisis del Self. Amorrortu Editores.
- Laverde, E. (1996). Narcisismo Interpretación y violencia. Revista de la Sociedad Colombiana Psicoanálisis, 21(1).
- Liberman (1974). Complementariedad estética entre el material del paciente y la Interpretación. Revista Latinoamericana de Psicoanálisis, 1(1).
- Ogden, T. (1992). El sujeto dialécticamente constituido descentrado del psicoanálisis. Libro Anual de Psicoanálisis 1992.
- Sánchez, A. (1996). La parte perversa de la Personalidad [Trabajo presentado en las Jornadas psicoanalíticas de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis n.º 16 y 17 de 1996].
- Sánchez, G. (1994). Teorías, Técnicas y Clínica antes y después de la escucha y la interpretación. Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, 19(1).
- Sandler, J. (1993). Acerca de la comunicación del paciente al analista. No todo es Identificación proyectiva. Libro Anual de Psicoanálisis 1993.
- Thoma, H. (1989). Teoría y práctica del Psicoanálisis. Editorial Herder S. A.