

TRABAJOS TEÓRICO - CLÍNICOS

Transformaciones en O y en K: Apuntes sobre la escucha psicoanalítica, la dirección y el fin de la interpretación en el campo¹¹

Rodrigo Barahona, Psya D.¹²

Sinopsis:

Cuando hablamos de 'O', tenemos que empezar con la insistencia de Bion de que la paciente involucra necesariamente a su analista a nivel emocional para descargar y transformar la acumulación de estímulos en elementos pensables, elaborables. 'O' es *toda* la situación original, la que estimula transformaciones simbólicas y no-simbólicas, constituyentes de la realidad psíquica inconsciente de la paciente en el momento y a través de la experiencia compartida por el dúo analítico. Estos movimientos intersubjetivos evolucionan de elementos beta, u 'O' desconocido y agobiante, a un 'O' compartido e informativo, y de ahí, a un K comunicable en elementos alfa que resuenan en la interioridad de la paciente, tornándose pensables y comunicables. Estas experiencias del campo se van *transformando en O* y de O pasan a ser *transformaciones en K*. Como ilustración se presenta un fragmento de un análisis.

Palabras clave: Transformaciones en O, Transformaciones en K, invariante, ensoñación, elementos alfa, elementos beta.

¹¹ Conferencia presentada en la Asociación Psicoanalítica Colombiana el 18 de marzo de 2023. Fecha de recepción: 14 de mayo de 2023. Fecha de aprobación: 30 de mayo de 2023.

¹² Miembro Escuela de Graduados en Psicoanálisis de Boston, Mass. EEUU.

Wilfred Ruprecht Bion fue un psicoanalista inglés, nacido en Mathura, India en el año de 1897 durante la época de la colonización del imperio inglés. A los dieciocho años se alistó en el ejército inglés como soldado y lideró un batallón de tanques de guerra durante los últimos tres años de la Primera Guerra Mundial. Después de la guerra, estudió historia para luego seguir con la medicina e iniciar psicoterapia con un psicoterapeuta dinámico influenciado por el psicoanálisis quien también fue uno de los fundadores de la clínica Tavistock en Londres. Allí Bion trabajó como psiquiatra. Fue psicoterapeuta por un período corto del ensayista Samuel Beckett. Conoció y trabajó con el psicólogo social William Trotter que hacía investigaciones sobre la psicología de los grupos y posteriormente se analizó con John Rickman, analista, de quien fue colega durante la Segunda Guerra Mundial cuando los dos trabajaron como psiquiatras para el ejército inglés.

Con John Rickman, Bion elaboró una teoría psicoanalítica sobre el comportamiento grupal hoy día bastante conocida como la *teoría de los supuestos básicos inconscientes*, teoría que continuó de una forma u otra formando la base de sus teorías psicoanalíticas posteriores y transformándose en distintas ideas relacionadas sobre el comportamiento del “grupo de a dos”. Se podría decir que Bion empezó su carrera psicoanalítica teorizando las dinámicas inconscientes entre los participantes de un grupo para luego estudiar las interacciones inconscientes de la pareja analítica, constituyendo entre sí una dinámica grupal dentro de un grupo de a dos.

En forma de repaso, lo podríamos pensar de esta manera: un grupo es constantemente amenazado por las ansiedades internas, inconscientes, de los integrantes en conjunto. El grupo funciona como si inconscientemente sintiera que su supervivencia como grupo dependiera de varios supuestos básicos—el supuesto de *dependencia*, el supuesto de ataque y fuga, o el supuesto de *apareamiento*. Por ejemplo, el grupo siente inconscientemente que su supervivencia depende de su sometimiento a la autoridad y de la eliminación del pensamiento independiente. En estos grupos, la autoridad es responsable de todo lo que pasa. Alternativamente, el grupo podría

sentir que su supervivencia depende de que todos sus integrantes se lleven bien, escindiendo así toda muestra de agresividad, envidia y competencia. Finalmente, el grupo podría sentir que solo a través de la lucha entre sus miembros o a partir de la huida y descomposición del grupo, podría seguir existiendo el grupo (en forma idealizada) y así sobrevivir.

De esta manera Bion se da cuenta que hay un flujo inconsciente constante entre los participantes, que luego empieza a teorizar como parte integral de la dinámica entre el analizando y su analista. Este flujo inconsciente, constante, fuera de la vista y del alcance, en parte intocable y al cual el analista siempre llega tarde, Bion, décadas más adelante en sus libros *Transformaciones* (1965) y en *Atención e Interpretación* (1970), llama "O". Recientemente, el psicoanalista Giuseppe Civitarese (2021) en un artículo en el *International Journal of Psychoanalysis* sobre Bion y su trabajo con la teoría de grupos equipara el concepto de los supuestos básicos inconscientes con el de "O".

Después de haber escrito su libro *Experiencias en Grupos* (1961) donde elabora su teoría de supuestos básicos inconscientes, Bion empieza sus estudios psicoanalíticos formales en el Instituto Británico de Psicoanálisis y empieza a analizarse con Melanie Klein. Forma parte del conjunto Kleiniano con otros colegas, como Hanna Segal y Herbert Rosenfeld y como trabajo de grado presentó su escrito *El Gemelo Imaginario*. Este ensayo es interesante por muchas razones pero en lo que pertenece a nuestro tema, se nota en este escrito la atención profunda que Bion le pone a cada momento, cada instante en el aquí y ahora con el paciente y se fija en cómo el paciente *transforma en sueños*, es decir, en narrativa simbólica, los sutiles y angustiantes contactos inconscientes entre ambos participantes. Por ejemplo, si en la sesión previa, Bion siente que como analista se comportó de manera más activa de lo usual, le interpreta al paciente que su sueño de la noche anterior, donde figuran el paciente en un carro tratando de pasar otro carro que lo bloquea, tiene que ver con la sensación del paciente de que Bion, con sus interpretaciones más activas, no lo deja escapar al

análisis. Así vemos como desde aquí, en estos momentos muy tempranos de su carrera, Bion ya le pone énfasis a las transformaciones que ocurren a nivel constante y consistentemente en las experiencias emocionales inconscientes del sujeto en relación con su realidad emocional en contacto con *lo otro* - lo que podríamos llamar los elementos beta del analista - las partes del comportamiento y de la interacción con el analista que el paciente trabaja para elaborar simbólicamente.

Este ensayo de Bion se incluye en su libro de 1967 llamado *Volviendo a Pensar*, (*Second Thoughts*), escrito después de *Elementos de Psicoanálisis* (1963) y *Transformaciones* (1965), e incluye ensayos previamente publicados, entre estos, sus ensayos más conocidos, *Notas sobre la Memoria y el Deseo*, *Ataque al Vínculo* y *Una Teoría del Pensamiento*. En todos estos escritos al igual que en los posteriores, Bion nos empieza a otorgar un modelo para conceptualizar la interacción analítica y el desarrollo psíquico del individuo siempre en conjunto con el otro, que ya no es un otro-objeto sino un otro-sujeto, con sus propios procesos psíquicos elaborativos. Juntos generan una tensión dinámica entre lo que él llama las funciones *contenido-continente*, funciones elaboradas entre los dos participantes de la pareja analítica. Al igual que el desarrollo psíquico de la mente humana, no se puede dar sin relación con el aparato psíquico del otro que transforma en pensamientos tolerables y comunicables los elementos básicos proto mentales (elementos beta), la pareja analítica sirve como continente y contenido el uno para el otro, en momentos que podríamos denominar *momentos de encuentro*. Bion empieza ya a conceptualizar estos *momentos de encuentro* (o lo que luego llamaría "O") de forma más rigurosa en sus escritos *Sobre la Arrogancia* y *Ataque al Vínculo*, donde trabaja la idea de que el analista tiene que estar atento (y de cierta manera siempre falla en esta tarea) al modo comunicativo preferencial del paciente. Dice Bion que el analista piensa - y de alguna manera prefiere - que el paciente le hable haciendo uso de sus palabras, cargadas de sentido. Sin embargo, el paciente a menudo no se comunica con palabras cargadas de sentido simbólico, sino mediante la identificación proyectiva. Bion escribe:

Cuando el paciente se esforzó por librarse de los miedos a la muerte que sentía demasiado poderoso para contener su personalidad, separó sus miedos y me los metió con la idea aparentemente de que si se les permitía reposar allí el tiempo suficiente sufrirían modificaciones por mi psique y luego podrían ser reintroducidos con seguridad.

Bion, 1967, p. 147, traducción del autor.

Durante la misma época en que Bion escribe esas líneas, específicamente entre los años 50s y 60s, Enrique Racker formulaba ideas similares sobre la identificación del analista con los objetos transferenciales del paciente, para él parte de las contratransferencias complementaria y concordante. Casi nunca - sólo una vez que yo conozco - se refirió Racker a este proceso en términos de identificación proyectiva. Pero sí mantuvo una concepción bipersonal del proceso analítico, de cierta manera relacionada con las mismas fuentes kleinianas de Bion (se sabe que Racker fue influenciado por Paula Heimann, colega de Bion). En fin, con Bion podemos notar un paso más a través de la identificación proyectiva desde una interacción unidireccional entre paciente y analista a una estrictamente bipersonal donde el flujo de identificaciones proyectivas va en ambas direcciones. La introyección de parte del paciente o del analista forma parte del proceso general de identificación proyectiva, de manera que ya casi ni hablamos de introyección sino de un proceso amplio que incluye las dos partes como proceso normal de intercambio de información emocional, inclusive protomental, entre los dos participantes.

Vemos que si para Klein la identificación proyectiva formaba parte de una fantasía interna de evacuación de elementos angustiantes, emociones, ansiedades, pulsiones agresivas, para Bion estas evacuaciones consisten también en comunicaciones al otro - a la madre que con su ensoñación materna (*rêverie*) es suficientemente receptiva para poder transformar los objetos malos - el hambre - en experiencias elaborables (elementos alfa) con sus cuidados maternos provenientes de su sensibilidad materna. La

transformación por parte de la madre de los elementos beta, por ejemplo el dolor de estómago del bebé, proyectados a través de sus gritos y transformados en angustia en la mente de la madre, por una madre suficientemente buena (en términos winnicottianos) son transformados por ésta de nuevo en señales de hambre en el bebé o en frío u otro malestar y su reacción y respuesta al bebé determinará si estos elementos beta, ya ensoñados en alfa por la madre, son reintroducidos al bebé como experiencias emocionales tolerables. Poco a poco, el bebé empieza a formar sus propios elementos alfa al darse cuenta más y más, de manera no tanto cognitiva sino intuitiva, que su dolor y el alivio se relacionan de alguna manera con su objeto, la madre. Empieza a generar representaciones, a percibir y recordar secuencias, al principio elementales y básicas en forma de pictogramas, ideogramas, fragmentos de memoria que lo sostienen y que delimitan la experiencia emocional que hasta ese momento se podría calificar como infinita, experiencia que Bion también denominaría “O”. En cuanto que la experiencia no es simbolizada y es experimentada exclusivamente en términos de sensación, ya sea placentera o dolorosa, se dice que está compuesta por elementos beta, cosas-en-sí, realidad misma u “O”. Aquí entramos en lo que en el psicoanálisis contemporáneo llamamos el inconsciente no representado, no reprimido, que consiste en lo que mi colega Howard Levine llama “fuerza sin contenido” (2018).

Ahora bien, cuando la madre, o el analista, vivencia este ‘O’ del paciente, diríamos que se *transforma en O*. Es decir, el analista al igual que la madre, deben “sufrir el O”, en lugar de “sufrir de O”; es un ‘O’ que se tolera, no-persecutorio.

Chris Mawson, el analista Bioniano Inglés que compiló las obras completas de Bion, escribe sobre la angustia ontológica del analista cuando siente que el paciente lo hace pasar por experiencias que borran su sensación de subjetividad. En estas contratransferencias, el analista, al igual que la madre, puede resistir sentirse como mala madre o persona que hiera a su paciente, sin poder “sufrir” este ‘O’, es decir, tolerarlo sin

memoria y sin deseo y dejar que despierte su capacidad receptiva y representativa. El verbo “sufrir” para Bion tiene un sentido cuasi-cristiano, y lo usa en el sentido de *aguantar o tolerar de forma interrogativa el dolor; sufrir el dolor como acto cuasi-transcendental*. No es un sufrir masoquista, sino más bien, se parece a la apreciación del sujeto de su angustia cuando la puede percibir en su sentido freudiano, como señal de algún movimiento interno, inconsciente, y de valor importante para el sujeto. En cierto sentido es parecido al aforismo lacaniano del “goce del síntoma,” entendido como la insistencia de Lacan que, al fin y al cabo, hay que aceptar cierta falta en el sentido de ser, en el sujeto y entenderla como constitutiva del ser humano, algo que por bien o por mal nos da coherencia. Sin embargo, Bion le da un sentido más encarnado, y lo eleva a un aprender del síntoma, el dolor como estimulante de un proceso estructuralmente constituyente, un *aprender de la experiencia*, como titula su libro, *Learning from Experience*, de 1962. A través del frustrado y doloroso encuentro con el objeto se activa el sistema representativo y los procesos primarios y secundarios se ponen en marcha y se van armando, reforzando, en interacción con el objeto también continente. Para Bion, no se puede sufrir el placer si no se aprende antes a sufrir el dolor.

Un repaso antes de entrar al material clínico:

Cuando hablamos de ‘O, tenemos que empezar con la insistencia de Bion de que la comunicación entre sujetos requiere la transformación de experiencias y sentido entre personas y en que el paciente necesita involucrar emocionalmente al analista para descargar/desahogar la acumulación de estímulos. Eso es una parte central de lo que se comunica, a diferencia de lo que se puede transmitir simbólicamente en palabras entre hiladas con fantasías inconscientes. Un poco como decía el filósofo Marshall McLuhan en los 60’s acerca de que “el *medio* es el *mensaje*”. A través de la identificación proyectiva se crea una transformación del estado mental o del mundo psíquico del receptor y ese estado forma el contenido de la

comunicación. El que recibe se transforma (o no) en continente mientras se deja transformar a la vez en el contenido. Esta es la *transformación en O* que solo se puede en realidad efectuar si el receptor, es decir el analista, puede mantenerse en los dos registros de contenido/continente. Aquí estaríamos hablando de la transformación no solo de símbolos verbales, eso es inevitable, ya que todo sujeto tiene sus partes no-psicóticas que también se comunican y ante las cuales el analista también tiene que mantener receptividad porque éstas complementan, cuando no se forman aparte, las comunicaciones no-simbólicas e intuitivas y viceversa. Bion llama este tipo de escucha ‘visión binocular’ (1965). El ‘O’ es *toda* la situación original, la que estimula transformaciones simbólicas y no-simbólicas, constituyentes de la realidad psíquica inconsciente del paciente en el momento (IPA, p. 695). Vale la pena advertir que la realidad psíquica del paciente siempre está envuelta en transformaciones constantes, en movimiento constante, siempre respondiendo, ya sea en asimilaciones adaptativas o evasivas, a estímulos externos o internos, los llamados *elementos beta* de Bion. Pero mientras todo cambia, no todo cambia, siempre hay algo que Bion llamaría *invariante*, lo no cambiante en medio de tanto cambio. Ayer el paciente teme que su compañero lo va a abandonar, hoy se angustia porque piensa que es sexualmente impotente, mañana se siente paralizado porque piensa que tiene cáncer. Entre estas tres manifestaciones o transformaciones, se asume una invariante en común. La invariante es el ‘O’ del momento, una cualidad de la experiencia inconsciente que trasciende formas y sigue comunicándose, un concepto derivado de la fantasía (*phantasy*) inconsciente kleiniana y ligado al concepto bioniano de ‘preconcepciones’. A través de la invariante, de ‘O’, construimos nuestros mundos internos proyectados hacia afuera en forma de nuestra realidad total. A través de ‘O’, la cosa-en-sí, interpretamos la realidad. ‘O’, al fin y al cabo, es lo que llamaríamos entonces la “perspectiva inconsciente del paciente” (Hinshelwood, 2023, p. 170).

Ambos, el paciente y el analista están juntos comprometidos con la invariante—la experiencia inconsciente del paciente, pero los dos lo hacen

siempre desde el punto de vista de sus respectivas posiciones invariantes— es decir, el analista también tiene sus preconcepciones. Es importante aquí recalcar que el concepto de preconcepción para Bion es parecido a lo que significa en su uso cotidiano, en el sentido de ser una idea previa, una especie de sesgo, deviniendo de la realidad psíquica postexperiencia que se torna luego elemento psíquico en busca de realización en la experiencia posterior. Por ejemplo, el infans lleva una preconcepción de un pecho que busca realizar en la experiencia con el objeto materno. Por lo mismo, la atención flotante del analista contiene preconcepciones en busca de realización, y por eso Bion sugiere que el analista se ubique lo más posible en un registro sin memoria, sin deseo y sin entendimiento; es decir, un estado radical de duda no-persecutoria, inmerso en la atención flotante, y de esa manera, acceda primero a la experiencia inconsciente del paciente, el ‘O en común’ entre el paciente y el analista (parecido a lo que Ogden luego llamaría el tercero analítico) para de esa forma intuir lo que realmente viene del paciente y no del analista. Esto es importante tomarlo en cuenta cuando pensamos en las diferencias entre las escuelas psicoanalíticas clásicas o las llamadas unipersonales y las inter-subjetivistas o bipersonales. Otra manera de describirlas es dividir las entre la psicología unipersonal (“*one person psychology*”) y las psicologías de dos personas. Según mi criterio, para Bion el proceso psicoanalítico consiste en una psicología no de uno ni de dos sino de 1.5 - es decir, aunque la experiencia se considera co-construída -siempre se están influenciando inconscientemente el uno al otro en un intercambio simétrico; la situación siempre mantiene a la vez su estructura asimétrica, en cuanto a que el sentido que se construye es siempre sobre el inconsciente del analizando, la mente del analista siempre está en posición de contención activa. El analista tiene como imperativo estar siempre consciente de lo que proviene de su inconsciente - lo que Bion calificaría como deseo y memoria—que atraviesa su recepción y comprensión del inconsciente del paciente. Desde esta perspectiva, la situación plenamente simétrica como la plantean algunas escuelas

intersubjetivas de las teorías relacionales norteamericanas se acercaría a lo que Bion llama *transformación en alucinación*, o *ecuación simbólica*, según Hanna Segal, en la cual las emociones del analista corresponden concretamente a lo que proviene del inconsciente del paciente.

Con la suspensión del deseo, de la memoria, y del entendimiento, el analista puede habitar un espacio potencial (Winnicott) en el que es posible adoptar una perspectiva ensoñada de su propio inconsciente. Se pregunta, '¿por qué me estoy sintiendo atacado por mi paciente?' O, como escribe Ferro (2019), el analista puede adoptar una perspectiva donde postula que "la paciente sueña que ataca al analista". De esa manera, el analista puede acceder, a través de la ensoñación de su experiencia subjetiva con su paciente, a la fantasía inconsciente, representada o no representada, de que el analista está transformado en el inconsciente de la paciente en su padre opresivo del cual ella se quiere defender, ya que, supongamos, la interpretación de ayer la hirió de manera que para ella es inconsciente. Este conocimiento, desarrollado después de dejar evolucionar ese proceso comunicativo de la paciente que es su capacidad para la identificación proyectiva, es lo que Bion llamaría K. Lo importante es que la experiencia intersubjetiva evoluciona de beta/O desconocido y agobiante, a un O compartido e informativo, a un K comunicable a la paciente: "Creo que el día de ayer, me convertí en un padre opresivo cuando te interpreté etc etc."

Para recapitular, vemos que, para Bion la tarea del analista consiste en facilitar la receptividad entre *los dos* participantes en un intercambio simétrico de emociones, fantasías, deseos - en suma, angustias psíquicas - para luego recuperar la posición asimétrica requerida para la transformación de estos elementos en formas figurativas (César y Sara Botella) y reelaborables (elementos alfa) para el paciente. Vale decir que las tradiciones posbionianas de la *teoría del campo* han desarrollado este modelo en una escucha rigurosa que sigue constantemente la pista de las ansiedades generadas en el campo analítico. Cuando utilizamos el concepto de *campo* de esta manera, entendemos que el dúo analítico, en sus roles recíprocos

de contenido y continente, crean y recrean las angustias básicas por las cuales el paciente busca ayuda, y el concepto de “campo” se aproxima al ‘O’ bioniano. Cuando las experiencias en el campo se tornan pensables y comunicables las denominamos *transformaciones en K*. Como ilustración de estos procesos presentaré un fragmento de un análisis.

Caso

La paciente B, acaba de dar a luz a su segundo hijo. Después de dos semanas sin sesiones por estar con su recién nacido, vuelve al análisis, pero con una frecuencia de solo dos veces por semana en lugar de sus habituales cuatro sesiones. Quiere, a partir del comienzo del mes, recuperar la tercera sesión y quedar así, sin recuperar la cuarta sesión, para poder dedicarle más tiempo a su nuevo bebé. Se siente muy nerviosa ya que el nacimiento de su primer niño hace ocho años fue muy difícil y llevó a que su hijo creciera con muchos problemas emocionales, en parte, bajo mi criterio, derivados de la extrema ansiedad materna a la hora de las separaciones nocturnas durante el primer año del niño. La falta de sueño de la paciente contribuyó a un ciclo nocivo de estrés y un patrón de separaciones de varios tipos a veces extremas e impulsivas. Por ejemplo, cambio de casa, cambio de guarderías, cambio de doctores y proveedores pediátricos, etc. Con su segundo bebé, la paciente está atenta a no cometer los mismos errores y tiene en espera a una niñera nocturna que le ayude durante las noches para asegurar que duerma lo necesario mientras la niñera esté con el recién nacido. Hay un padre también que está atento, pero los problemas surgen cuando la paciente no deja que él asuma las riendas del bebé ya que desconfía de su habilidad de acudir a las necesidades del hijo.

La paciente tiene un historial difícil. A los cuatro años fue separada de su madre, después de que ésta sufriera una descompensación esquizofrénica total. Su padre la llevó a vivir con él, para luego dejarla a cargo de los cuidados de sus abuelos, que vivían cerca, mientras que él salía en citas con mujeres y parrandeaba. Su padre fue muy agresivo con ella

durante su niñez y adolescencia, y ella se revelaba, escapando de repente de la casa, para volver tarde a recibir los golpes y castigos de su padre. No existían discusiones razonables entre hija y padre, y la comunicación se daba a partir de gritos, actos impulsivos, y violencia. Cuando la paciente tenía catorce años, su padre se vuelve a casar y tiene otra hija. Ya en su pequeño apartamento en Europa comunista, no hay campo para los cuatro, y su padre le pide a B que se pase a vivir con su abuela (el abuelo ya había fallecido). Ahí se queda hasta cumplir los dieciocho, cuando, sin decirle mucho a su padre, se escapa a vivir a EEUU con un novio.

Dentro de los temas dolorosos en su análisis, que en este momento está en su duodécimo año, están el sentirse excluida en casi todas sus relaciones amistosas, y victimizada por alguna mujer que siempre entra a su grupo de amigas, ganándose el amor de ellas y excluyéndose. B termina siempre sintiéndose exiliada, expulsada, excluida y desechada. Podríamos decir que estas experiencias están incluidas entre lo representado y lo reprimido, teniendo que ver con el Edipo de la paciente con su padre, puesto en pie inicialmente con la victoria pírrica experimentada al irse a vivir con su padre, dejando atrás a la madre vencida y destruida. Luego, con la llegada de la madrastra y su nueva hermana, es la paciente quien es vencida y excluida. Al igual que Edipo, para evitar más destrucción, se autoexilia viniéndose para EEUU con su novio, y de esa manera tal vez vengándose de su padre. Por lo menos, así ella, después de muchos años, entiende y explica por qué tan impulsivamente se marchó de su país.

Todo esto podría tener que ver con las representaciones inconscientes repetidas - ella es consciente de lo que pasó con su padre, madre, madrastra, y hermana, y es consciente de cómo el escenario externo repite lo que sintió con sus padres y hermana, pero no es capaz de acceder a fantasías inconscientes y deseos reprimidos que figuren en sus angustias familiares y que reorganicen la situación con sus amistades, determinando sus repetidas desilusiones y dolorosos exilios. O sea, la participación inconsciente de mi paciente que pone en pie la transformación de sus escenarios amistosos de

acuerdo con la invariante dolorosa de su esquema familiar queda fuera de su alcance representativo. Más bien siente que le vuelve a pasar lo mismo que ya le pasó con su familia. Mucho de nuestro trabajo elaborativo analítico ha tenido que ver con elaborar lo que aún requiere más representación, proveniente de las separaciones, entrecruzadas con la violencia del padre que, en mi criterio, dañaron desde una temprana edad las capacidades representativas de mi paciente.

Lunes

La semana en la cual se presenta esta sesión es cuando la paciente iba a retomar su tercera sesión semanal, pero en el último momento, durante la semana anterior, cambió de opinión, y decidió esperar “entre una y tres semanas más”. Yo percibo y reconozco internamente que me siento irritado por su impulsivo cambio de decisión, ya que llevábamos tiempo analizando el restablecimiento del encuadre analítico y parecía, por lo menos bajo mi criterio, que estábamos los dos a punto de tomar este siguiente paso. Registro que estoy preocupado también por el hecho de seguir dejando sin uso su hora semanal, a mi costo financiero, preocupación que experimento concretamente. Tomo estas sensaciones en cuenta, y ajusto mi perspectiva y le pongo atención a mi tono y a mi presencia en general. Me hago recordar que ella está con un recién nacido, y empatizo internamente con su angustia de separación. No hace falta recalcar que estos procesos internos del analista forman parte del asumir una posición de preocupación materna primaria, constituyente de una afinación más precisa de las necesidades básicas de la paciente y a la vez de empezar a construir un continente interno dentro de mí mismo. Le pregunto si tiene una idea más clara sobre cuándo va a retomar la sesión de los jueves, y me sorprende cuando en forma de respuesta me pregunta si tengo la hora disponible, para poder empezar a pensarlo. Asombrado, le pregunto si recuerda lo que habíamos acordado y me contesta que no recordaba si habíamos confirmado. Aquí podríamos pensar, ¿es represión o debilidad representativa en cuanto a las

experiencias de separación? Le recuerdo que habíamos quedado el jueves a medio día, y me responde que tal vez pueda empezar *esta misma* semana (hoy es lunes), pero me deja saber el miércoles.

La sesión sigue. Dice que le está doliendo mucho darle de comer a su bebé de su pecho ya que la muerde. Sigue hablando con más detalle y me empiezo a dar cuenta de que también siento un dolor en el pecho, al lado izquierdo y recuerdo que había sentido ese mismo dolor en otra sesión pero no recordaba si era con B la semana anterior o con otra paciente en este mismo día. Registro el dolor en parte como comunicación de la paciente y empiezo a pensar en ella como si fuera mi bebé que me muerde el pecho irritándome al no aceptar la leche que le ofrezco con la sesión de los jueves. Pienso también en la irritación que siento y el dolor en mi pecho, y lo asocio a la idea de dolor del alma y dándome cuenta de la posibilidad de que a mí me está costando separarme de mi paciente ya que la no-sesión de los jueves me cuesta financieramente, esto es, me cuesta la leche que me sostiene y también siento que pierdo a mi paciente. Con la frecuencia de dos veces a la semana la siento desvanecida en mi mente, nebulosa (sin duda también tiene que ver con su estado mental posparto, pero esto también es parte de la experiencia) con pocas conexiones entre una sesión y la otra, como si a mí me faltara también la capacidad representativa.

B retoma el tema de sentirse alejada de su madrastra. Desde que nació su bebé, B cortó contacto con ella, bloqueando su WhatsApp, y dejando claro que no estaba lista para seguir en comunicación. De esa manera, su padre y su hermana también dejaron de llamarla porque asumían que buscaba su espacio. B lamentaba, sin embargo, que la situación llegara al punto de ella tener que bloquearlos debido a la falta de consideración y atención histórica que ellos le brindaban. Mientras la escuchaba, contextualizaba lo que me decía con la información sensorial en el campo - aquí equivale el campo al 'O' analítico - asumo que los dos pechos que duelen, el suyo y el mío, son parte de la misma experiencia intersubjetiva. *Le digo a la paciente que aunque había bloqueado el WhatsApp de su madrastra, era claro que lo que*

deseaba más que todo era sentirse cerca de ella. Esta interpretación viene de una transformación en K de mi sensación de separación angustiosa en relación a mi paciente, el O de la sesión que incluye por mi lado la falta de la paciente de los jueves, transformándose en falta de dinero/sostén nutritivo, y la falta de la paciente en mi mente, y por el lado de ella, la falta de su familia.

B parece no entender lo que le dije, cosa que suele pasar mucho en nuestras sesiones y que a través del tiempo me ha impulsado a achicar y simplificar lo más posible mis comunicaciones. Me pide que le repita la interpretación y eso estimula de nuevo mi irritación, haciéndome pensar que el momento afectivo, esa ventana que se abre en un *momento de encuentro*, se cierra y cuando se repite la interpretación, llega a una ventana cerrada, apreciándose sólo de manera cognitiva, intelectual, y perdiendo su conexión con la afectividad del momento. Bajo mi criterio, esto demuestra un mecanismo de defensa de la paciente totalmente de acuerdo con lo que Bion llama *ataque al vínculo* - al repetir lo dicho en otro instante afectivo, la interpretación se convierte en elemento beta, habiendo empezado como alfa surgida del 'O' del momento actual intersubjetivo. Se *siente* como un ataque y a veces pienso que la paciente en efecto oyó bien pero quiso desoír y preguntarme de nuevo para mantenerme a distancia. Pero tomando en cuenta que los ataques al vínculo, desplazados a través de la identificación proyectiva, son también comunicaciones, registro mi resistencia a repetir la interpretación y entiendo que siento cautela ante la posibilidad de que si no le doy perfectamente de mi pecho (la idea de que perdimos la ventana de afectividad es parte de este pensamiento) ella me va a bloquear como a su madrastra.

B sigue hablando y empiezo a observar que estoy en medio de un proceso de ensoñación, donde recuerdo una historia sobre mi infancia que cuenta que cuando yo estaba recién nacido, mi padre no le permitía a mi madre que me llevara al dormitorio de ellos cuando lloraba por las noches, para no despertarlo a él. Cerraba la puerta y no permitía que mi madre entrara conmigo. Nos bloqueaba y mi madre se limitaba a quedarse

conmigo en mi habitación separada del cuarto matrimonial. De esa manera, mi madre no podía tenernos cerca mientras descansaba en su propia cama. No sé en realidad qué tan verídica es esta historia, que en mi familia va cambiando a través de los años, pero así la recuerdo y me viene a la mente en partes, ahora entrelazada con las memorias de las experiencias de B con su primer hijo. Ella no se separaba de su bebé ni por las noches ni por el día, y a los dos les costó mucho establecer un régimen para dormir - el chico no pudo dormir la noche entera hasta casi los tres y años - después sufría de incontinencia nocturna. Además, sufrió un sinfín de problemas psicosomáticos. B en ese entonces buscaba la ayuda de todo especialista posible, el pediatra, a mí persona (su analista), grupos de madres en línea, amistades, pero rechazaba cualquier recomendación que implicaba tolerar el llanto de su bebé sin acudir inmediatamente. Durante la sesión, observo que todo esto me viene a la mente y siento más empatía con mi paciente que tal vez me empieza a recordar a *mi* madre, que años más tarde me dijo que mi padre no le dejaba hacer muchas cosas. La palabra que ahora empieza a resonar en mi mente, contextualizada dentro del discurso de la paciente, ya deja de ser *ataque* ya sea que al igual que su bebé, ella me está *atacando* al rechazar mis interpretaciones; percibo ahora que la palabra precisa se transforma en *bloquear*. Ya no me siento atacado, sino bloqueado. He aquí una *transformación en O*. Ella se siente bloqueada ante su padre y madrastra por su hermana, bloqueada ante su madre biológica y su madrastra por su padre y bloqueada ante su hermana por la lealtad que ella siente por sus padres.

B sigue hablando, y, volviendo a su madrastra, hace un lapsus, y en lugar de decir "mi madrastra" dice "mi esposa". Casi de inmediato admite que se da cuenta de su lapsus, y racionaliza que probablemente apunta hacia "alguna fantasía inconsciente freudiana bisexual" con ella. Dando la impresión que se siente momentáneamente obstaculizada, sigue por donde iba, reclamando la falta de atención de su familia. Cuando deja de hablar para tomar aire, aprovecho para interpretar, lentamente, que tal

vez con su lapsus, ella se convertía en su padre, y de esa manera, tenía acceso directo a su madrastra. Esta idea parece llamarle la atención, y de inmediato recuerda que yo le había dicho algo similar meses atrás, cuando, intentando contener a su hijo mayor mientras gritaba enojado, ella se puso a gritarle más fuerte. En ese entonces, le había dicho que con gritarle a su hijo ella se convertía en su padre, ya que sintiéndose desamparada, lo necesitaba cerca. Vinculando este recuerdo con el presente, interpreto que ahora ella se siente bloqueada de su familia, y que tal vez con su lapsus, al transformarse en “esposo” de su madrastra los traía a él, a ella, y a su hermana más cerca.

Miércoles

B empieza la siguiente sesión con su incertidumbre acerca de cuándo retomar la sesión de los jueves. Dice que tiene muchas citas y se siente abrumada. Pido que me aclare un poco, ya que la escucho incoherente y en voz baja, y me responde que no ha podido dormir bien. Me dice que se le va a ser más fácil venir a la tercera sesión semanal cuando esté durmiendo mejor al empezar a trabajar la niñera nocturna. Me doy cuenta aquí por primera vez que aún no ha empezado a trabajar la niñera y le pregunto a B acerca de esto. Me explica de manera incoherente lo que llevo a entender es su miedo de perder el control sobre lo poco que hasta el momento ha podido lograr sola en cuanto a estructura con su bebé sin tener que introducir una tercera persona. Cuando le recuerdo que la niñera nocturna estaba para ayudarlo, B grita “¡Yo soy la mejor persona para mi bebé!” Admite que, por eso mismo, le está costando dormir y se siente agotada y casi al límite. Yo le digo en forma de interpretación lo que me está diciendo en pocas palabras: “Parece que no te estás dejando ayudar por la niñera y la estás apartando porque sentís que en lugar de ayudarte, te puede herir echando a perder tus esfuerzos con tu bebé.”

B responde que es así. Continúa hablando de forma ansiosa y sin descanso los cuarenta minutos que faltan de la sesión, sin dejarme hablar,

sobre el tema de su suegra: Esta señora interfirió tanto con la estructura que B le había puesto a su hijo que, viendo el daño emocional que le estaba causando la tuvo que apartar.

En mi contratransferencia, siento una mezcla de emociones, incluyendo irritación con lo que siento es el esfuerzo de la paciente de apartarme a mi, al igual que a la suegra, de la sesión, y des empleándome como a la niñera, ya que no veo forma de entrar para ayudarla. Eso a su vez limita mi habilidad de pensar sobre lo que me dice, porque no hay cortes que organicen sus palabras y oraciones, no hay puntuación, y las ideas que logro formar desvanecen en segundos con el torrente de ideas y emociones que transcurren. Poco a poco, reflexionando sobre cómo me siento, empiezo a formar la idea de que ella es la bebé que no puede aguantar lo que siente, a la que le cuesta representar y reprimir para poder soñar y luego dormir, y yo soy la madre acudiéndole, pero desde otro cuarto, lejos. También soy mi padre, irritado por los gemidos de mi bebe, y con estas reflexiones me siento más organizado, y escucho mejor lo que me dice, o, mejor dicho, aguanto mejor lo que me dice. Logro conectarme de nuevo con mi capacidad representativa, ya más conectada a mi experiencia de 'O' para con B. Me viene el recuerdo de haber escuchado de la paciente que a su padre le costaba aguantar los quejidos de su nieto. Faltando un minuto para terminar la sesión B recapacita y dice: "casi no te dejé hablar hoy". Yo le interpreto, "a lo mejor sientes que me tenés que apartar por si digo algo que pueda dañar las cosas".

Lunes

A la semana siguiente, B parece estar en un canal muy distinto que la semana anterior.

Empieza con decirme que a pesar de que acaba de dar a luz, y de estar en sus cuarenta y tantos años, ya siente ganas de tener otro bebe. Quiere sentirse viva, y lamenta residir en una cultura tan dócil y fría como la de Boston. Mientras la paciente habla de su deseo de regresar

a su país natal que describe de forma idealizada, como un lugar donde la recreación y el placer no tienen límites, en comparación con la cultura seca y solitaria de Boston, empiezo a sentir, en mi contratransferencia, mi reconocida irritabilidad y una actitud interna defensiva. Con su forma de hablar, me siento atacado, Boston siendo para mí una ciudad donde me sentí acogido y donde nacieron mis hijos e hice una vida llena de cálidas amistades y experiencias. Tomo nota de mi irritación, y empiezo a observar mis pensamientos críticos hacia mi paciente, mientras ella habla de querer dejar a sus dos hijos con los abuelos varias semanas seguidas para poder salir a restaurantes y clubes con sus amigas cuando esté de vacaciones en su país en unos pocos meses. Quiere regresar a una montaña que escalaba en su adolescencia donde se sentía libre y sin la presión de tener que estar en algún lugar a cierta hora, como en la vida estadounidense. En mi contratransferencia, empiezo a experimentar sentimientos críticos, y la percibo inmadura, como en una especie de crisis de mediana edad, y figuro dentro de mí que me está hablando de querer vivir sin límites y consecuencias. Recuerdo un sueño que tuvo en los primeros meses del análisis donde con una lata de pintura spray vandaliza una señal de alto en la calle. Me siento confiado con esta interpretación y le digo, “creo que de lo que me está hablando es sentir frustración con los límites, no solamente de la vida en Nueva Inglaterra, sino en la vida adulta donde los límites y las responsabilidades impiden vivir como cuando escalabas montañas y eras más joven”. Me responde, con un grito: “¡Pero todavía soy joven!”. Luego cae en silencio, y percibo que se está durmiendo, algo que suele pasar en sus sesiones. Yo me empiezo a sentir incómodo, dándome cuenta que la respuesta de mi paciente implicaba sentirse criticada por mí, actitud interna mía que, de hecho, estábamos sintiendo los dos.

De repente oigo que B me dice que está pensando en la serie de televisión “La Corona”. Piensa en el príncipe William, y lo viejo e infeliz que se ve él, mientras su esposa, Kate, se ve elegante y joven. Ella nota una distancia fría entre la pareja real. Le pido asociaciones y responde que

piensa que es triste como, a su parecer, William se siente más cercano a su abuela (la reina) que a su madre. El menor, Harry, sí se notaba más apegado a la mamá. Añade no saber por qué pensaba en esto. Yo le digo que está pensando en dos hermanos, uno mayor que se siente distanciado de la madre y apegado a la abuela, como su hijo mayor, y otro menor, como su recién nacido, más apegado a ella. Tal vez tiene que ver con su temor de que su hijo mayor se siga acercando más a su suegra distanciándose de ella, y de un conflicto sobre si mandarlo o no a quedarse con ellos mientras salía con sus amistades. Me responde que tiene sentido, pero que le parece un poco alejado de lo que está sintiendo en ese momento, lo cual no sabe qué es. De nuevo me quedo inquieto al terminar la sesión, y solo después sentí que lo que le ofrecía de interpretación fue una especie de transformación en K de K. Es decir, tenía sentido y coherencia lo que le interpreté, pero actuó como una especie de interpretación sobre la paciente, no de la paciente. Los dos podíamos observar la interpretación y juzgar que tenía sentido, como si estuviéramos supervisando juntos el caso de esta paciente. Pero, al igual que con el clima cultural de Boston, la dejé fría. Es más, pienso que también fue una especie de transformación en -K, es decir, una que provino de una preconcepción de mi lado de sentirme herido por la paciente, y que me impulsó a esconder un castigo, una forma de revancha como hacían entre ella y su padre, donde yo, al igual que el padre, la criticaba con una interpretación que implicaba que no cuidaba bien a sus hijos al querer abandonarlos para ir de fiesta con sus amigos, tal y como su padre hizo con ella. En realidad, B no estaba expresando ningún conflicto con dejar a sus dos hijos con sus abuelos por tanto tiempo. Ella no me estaba informando nada más.

Una interpretación de O a K se hubiera dado si en lugar de primero interpretar que quería sentirse como una adolescente sin límites, interpretación que no aceptó sin sentirse criticada, hubiese primero intentado soñar mi contratransferencia y así convertirla en ensoñación potencial: “estoy soñando que un analista se siente irritado y criticón sobre

su paciente que se quiere escapar de sus responsabilidades para salir con sus amigas”. Escuchando desde este vértice, como en un sueño, me hubiera dado cuenta que el “analista” del sueño está en el rol de su padre abusivo y opresivo que en su adolescencia la encerraba en el apartamento, mientras ella oía a sus amistades jugar afuera de su ventana. En el ‘O’ de la situación intersubjetiva del momento, yo me transformé en el padre opresivo y ella en la hija rogándole que la dejara salir a la calle a experimentar la vida. La contratransferencia sentida de esa manera entonces forma la mitad de una Gestalt, un campo, un tercero analítico, complementado por la paciente y sus deseos expresos, y reconocer esta complementariedad sería transformarla en ‘O’, para luego formular una interpretación en K: “Sientes que soy un padre opresivo que quiere que vivas encarcelada con sus responsabilidades y límites, y quieres decirme que no es justo”. Esa interpretación, creo yo, hubiese centrado a la paciente en lo que sentía en ese momento, haciéndole “vivir sus aspectos no vividos” como escribe Ogden (2014), es decir, estar y mantenerse en contacto con esas partes de sí misma hasta ese momento, buscando representación de manera evacuativa. Sentirse escuchada y captando que así se está sintiendo sin saberlo, la transformación en K se transforma de nuevo en ‘O’, ya que la paciente en ese momento se siente más plenamente sí misma. Siguiendo la ensoñación a través del vértice de la serie “La Corona”, transformaría ese ‘O’ en K dándole seguimiento a mi interpretación añadiendo que “de esa manera, sientes que soy un monarca frío y rígido de la Nueva Inglaterra (William), y mi interpretación anterior la hizo sentirse alejada de mi (Kate)”.

Abstract:

When we speak of ‘O’, we have to start with Bion’s insistence that the patient necessarily involves his analyst on an emotional level in order to unload and transform the accumulation of stimuli into thinkable, elaborable elements. The ‘O’ is the entire original situation, the one that stimulates symbolic and non-symbolic transformations, constituents of the patient’s unconscious psychic reality at the time

and through the experience shared by the analytic duo. These intersubjective movements evolve from beta elements, or unknown and oppressive 'O', to a shared and informative 'O', and from there, to a communicable K in alfa elements that resonate within the patient. As these field experiences become thinkable and communicable, they transform into O and from O, through the analyst's words and the patient's understanding they become transformations into K. As an illustration, a fragment of an analysis is presented.

Keywords: Transformations in O, Transformations in K, invariant, rêverie, alfa elements, beta elements.

Referencias

- Bion, W. R. 1961. *Experiences in Groups: And Other Papers*. London: Tavistock.
- Bion, W. R. 1965. "*Transformations*." In *Complete Works*, V, edited by C. Mawson, 123-280. London: Routledge.
- Bion, W. R. (1963) "Elements of Psychoanalysis." In *Complete Works*, V, edited by C. Mawson, 7-86. London: Routledge.
- Bion, W. R. (1967) *Second Thoughts*. In *Complete Works*, VI, edited by C. Mawson, 45-202. London: Routledge.
- Bion, W. R. (1970) *Attention and Interpretation*. In *Complete Works*, VI, edited by C. Mawson, 211-330. London: Routledge.
- Civitaresse, G. (2021) *Experiences in Groups as a Key to "Late" Bion*. *International Journal of Psychoanalysis* 102:1071-1096
- Ferro, A. (2019) *Psychoanalysis and Dreams. Bion, the Field and the Viscera of the Mind*. Routledge.
- Levine, H. B. (2018) *The Interplay of Emotions in the Analytic Session*. *Canadian Journal of Psychoanalysis* 26:5-18
- Ogden, T. H. (2014) *Fear of Breakdown and the Unlived Life*. *International Journal of Psychoanalysis* 95:205-223.

Contacto: Rodrigo Barahona
rodrabahona@gmail.com