

La interpretación «justa»: Paradojas del exceso



GRISELDA REBELLA¹

DOI: 10.36496/N136-137.A11

ORCID ID: 0009-0004-9607-9354

RECIBIDO: FEBRERO DE 2023 | ACEPTADO: MAYO DE 2023

RESUMEN

La autora intenta incursionar en las complejidades del trabajo transferencial-contratransferencial, en el que el riesgo de exceso en la interpretación es piedra corriente del análisis. Relacionándolo con la clínica, toma algún ejemplo para dar cuenta de la imposibilidad de refrenar estas interpretaciones con ribetes excesivos, en respuesta al exceso de las experiencias intensamente vivenciadas por el paciente a la vez, y generalmente sin palabras. Será mediante el análisis, en los tiempos en que el analista puede ofrecer una interpretación que apunte a la reintroyección de los contenidos metabolizados en la mente del analista, que estos podrán ser transformados en elementos pensables que aporten al entendimiento de lo que pasa en la mente del paciente, del analista y de la dupla.

DESCRIPTORES: INTERPRETACIÓN / CAMPO PSICOANALÍTICO / CONTRATRANSFERENCIA / TÉCNICA PSICOANALÍTICA / TIMING / TRANSFERENCIA / REVERIE / MATERIAL CLÍNICO

1 Miembro asociado de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. grisr@netgate.com.uy

SUMMARY

The author attempts to explore the complexities of the transferential-countertransference work where the risk of excess in the interpretation is the mainstay of the analysis. Relating it to the clinic, she takes some examples to show the impossibility of restraining these interpretations with excessive edges, in response to the excess of experiences intensely lived by the patient at the same time, and generally without words. It will be through the analysis, in the times when the analyst can offer an interpretation that aims at the reintroduction of the metabolized contents in the mind of the analyst, that these can be transformed into thinkable elements that contribute to the understanding of what is going on in the mind of the patient, the analyst and the duo.

KEYWORDS: INTERPRETATION / PSYCHOANALYTIC FIELD / COUNTERTRANSFERENCE / TECHNIQUE PSYCHOANALYTIC / TIMING / TRANSFERENCE / REVERIE / CLINICAL MATERIAL

INTRODUCCIÓN

La entusiasta convocatoria de la Comisión de Publicaciones de la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* nos invita a intercambiar sobre las inquietudes psicoanalíticas que nos ocupan. En lo personal, hay varios temas que me resultan estimulantes, retomo uno que en particular me viene interesando en estos últimos años: la interpretación, su espacio de creación y sus efectos en la clínica actual, particularmente cuando incluye un exceso en su transmisión. En el año 2020, en ocasión del 33° Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis de la Federación Psicoanalítica de América Latina (Fepal), titulado *Fronteras*, escribí algunas reflexiones bajo el nombre de «El exceso de/en la interpretación» (Rebella, 2020), acerca de algunos de los modos de interpretación que los analistas usamos hoy. He seguido pensando en esa línea. Me pregunto hoy: ¿acaso los psicoanalistas hemos

ido cambiando nuestras formas de interpretar? Si es así, ¿eso implica un abordaje de lo inconsciente, diferente al clásico? La posición del analista, en la que muchas veces observamos que se explican en demasía tanto las construcciones como las interpretaciones, ¿responde a una concepción de poco *pañó analítico* en sus pacientes, a un cambio en la frecuencia y técnica o a una necesidad rápidamente *evacuativa*, en detrimento de la espera necesaria en la mente del analista para poder metabolizar contenidos *pesados*?

En cuanto a la interpretación, esta puede resaltar entre un entramado de varias ideas, donde solo algunas alcanzan, en su pasaje por el procesamiento secundario, el nivel de interpretación o de palabras operativas para el análisis. Frente a esas ocurrencias que surgen desde la historia analítica, el paciente asocia libremente, pero el analista también lo hace, y esto parece configurar las peculiaridades de su *atención flotante*. Desde el terreno transferencial, él *opta* entre las posibilidades interpretativas con las que cuenta. Tomaré dos posibilidades, partiendo del caso en el que el contenido ha sido acogido en la mente-continente del analista. En una, este se lo comunica al paciente mediante una intervención que puede ser una construcción o tal vez una interpretación; en la otra, el analista calla, a la *espera* del momento en que ambos, en el espacio del entre dos analítico, estén abiertos al procesamiento que favorecerá al paciente la integración psíquica del contenido. Estas dos ocasiones que a veces se dan a lo largo de la misma sesión, ambas instrumentos y potestades del analista, surgen desde un terreno transferencial determinado y teñido de varios factores.

El tema de la contratransferencia es inseparable del de la interpretación, si la pensamos acompañada de un trabajo intenso por parte del analista para «escuchar-se-la», como instrumento para entender los dinamismos del paciente. Sabemos de los riesgos de proyección, de los que ya nos alertaban Freud y Klein, quienes la veían como un obstáculo. Esta última sostuvo hasta el fin de su vida que era muy difícil determinar cuánto de lo vivenciado por el analista en sesión era del paciente y cuánto de él, sobre todo para los menos experimentados. Si este proyecta en el paciente lo suyo, adjudicándose, entramos ya no solo en el plano de la confusión sujeto-objeto, como muy acertadamente me ha sugerido un colega, sino que estamos en el terreno del exceso.

También, desde otro punto de vista, puede ser excesivo pensar esas emociones solo como respuesta complementaria o en oposición a aspectos del paciente.

Hoy mucho han escrito y fundamentado autores posteriores para dar cuenta de las complejidades del concepto.

López Ballesteros traduce, en las obras completas de Freud, «contratransferencia» como «transferencia recíproca». De esta manera, si la transferencia es de ambos, parece transmitir que el trabajo del analista para despejar los contenidos del paciente discriminándolos de los suyos es permanente. Hay quien lo piensa como una tarea imposible. Freud en *Lo inconsciente* (1915/1992) sostenía que existe una reacción inconsciente al inconsciente del otro, que captamos sin hacerla pasar por la conciencia. De ese modo, somos aliviados de lo abrumador que podría llegar a ser si el contenido latente del otro fuera registrado conscientemente cada vez que él nos comunica manifiestamente sus pensamientos. La contratransferencia también sería mayormente inconsciente.

Desde una concepción de *campo dinámico*, Baranger (1979/1994) parte del concepto de proceso en espiral de Pichon-Rivière y nos acerca el concepto de campo, al mismo tiempo que nos aleja de pensar todo lo que ocurre en él como *contrarrespuesta* al material del paciente, involucrando al analista con intensidad. Él sostiene que «ni el analista, ni el analizado, una vez implicados en una situación analítica y en un proceso, podían ser descritos ni entendidos como personas aisladas, sino en función uno del otro» (p. 360). A la vez, es importante postular a cada uno en su función, sin homogeneizarlas.

¿Es posible utilizar este conocimiento que surge como vivencia *contratransferencial* para el analista? Si es así, ¿cuánto de él es instrumento para favorecer el análisis? Cuanto es comunicable en ese sentido surgirá de las vicisitudes de lo transferencial en juego. Ambos, analista y paciente, tendrían la capacidad de reaccionar al inconsciente del otro, pero, como sostiene Vic Sedlak (2005), utilizar lo que de esa reacción hemos podido entender, en términos contratransferenciales, para el análisis no significa *autorrevelarlo* al paciente. Coincido con él en que «la experiencia del paciente de un analista que puede tolerar su contratransferencia con un mínimo de actuación es muy importante, pero puede lograrse sin autorrevelación» (p. 217). La explicitación cruda al paciente puede volverse

excesiva, en cuanto se podría hacer cargar al paciente con conflictos propios del analista. En ese sentido, las reticencias de Klein a que los afectos y vivencias corporales o psíquicas del analista en sesión sean utilizados para beneficio del paciente, pensándolos como una forma de comunicación de este, al mismo tiempo abren una puerta, al menos para reflexionar sobre ello. Registrar no implica invadir al paciente sin «filtro». Encontramos, entonces, al menos un reconocimiento de que hay un terreno particular que se establece en el análisis, donde ocurren cosas difíciles de discriminar si son del analista, del paciente o una creación propia de «convocar los demonios» en transferencia. Tal vez este punto no sería de gran relevancia si no tuviera consecuencias clínicas y técnicas que hacen a las diferencias entre las distintas escuelas psicoanalíticas y su forma de conceptualizar lo inconsciente y la resistencia. La contratransferencia, pensada como obstáculo o resistencia del analista, es una forma de verla. Si los afectos del analista respecto a su paciente le impiden analizarlo, podrían ser expresiones resistenciales del analista, lo cual no excluye que, una vez resuelta, transformada en unidades pensables, se vuelva un instrumento de entendimiento de parte de lo que ocurre en ese análisis.

Más interesante aun se vuelve la posibilidad de que esos afectos, sentimientos en el analista, develen más de lo que parece, desde una perspectiva que los concibe como puntas conscientes de un iceberg. Explorando bajo «las aguas», podría encontrarse un mensaje disfrazado y enigmático que se ofrece a su significación.

Desde una perspectiva lacaniana, Nadal Vallespir (2000), basándose en ideas de Nasio, reflexiona acerca del concepto de *inconsciente común*, con el cual nos encontramos en un cruce de caminos entre diferentes teorías y concepciones de inconsciente. Sostiene que la interpretación en análisis contiene aspectos inconscientes comunes a ambos integrantes de la dupla. Aspectos en común o complementarios, expresados en ese momento príncipes de la interpretación, nos confrontan con la vastedad y complejidad del tema a tratar. Llegado este punto, debemos hacer un recorte ordenador para elegir un sendero por el que transitar, llevando de la mano la interpretación y los fenómenos transferenciales.

La contratransferencia, siendo inconsciente, pienso que ofrece puntas preconscientes, y se expresa de maneras variadas. En ese momento en el

que el psicoanalista *siente* afectos, eso *sentido*, tal cual nos decía Freud, ya se encuentra en un terreno consciente. Si el analista lo vincula a efectos contratransferenciales, nos transmite que si bien hay aspectos que seguirán siendo inconscientes, desplegados en modos de expresión acordes a ello, otros que pasaron a ser disponibles para él pueden ser mensajeros que permiten inferir lo inconsciente hasta ese momento. Al aprehenderlos, podemos entender parte de lo que en la dupla analítica está ocurriendo, acercarlo al paciente, y en ese marco, eventualmente se vuelven instrumentos.

En ese laberíntico terreno de los fenómenos transferenciales- contratransferenciales -y de *causaciones recíprocas*, al decir de Baranger-, aco- taremos nuestras reflexiones hoy sobre este tema, sin la ingenuidad que puede acarrear pensar la interpretación transferencial como *contra* algo, y teniendo en cuenta, así como nuestros maestros nos transmitieron en su sabiduría, que el psiquismo es sumamente complejo (también el del ana- lista), y esto nos hace trabajar siempre en el espacio de la incertidumbre.

Desde ese lugar, sin saberes cerrados, me interrogo acerca de esos movimientos que, siempre espiralados, permiten un acercamiento parcial a diferentes aristas psíquicas del paciente, que relanzan nuevos acerca- mientos y alejamientos para tomar distancia, y abordar otros lados más o menos iluminados del psiquismo y de lo vincular. En esos vaivenes, en gran parte inconscientes, hay momentos en los que nos encontramos lo suficientemente cerca del paciente como para poder calibrar cuánto de las ocurrencias, de lo percibido o inferido por nosotros es pasible de ser interpretado, y cuánto deberá ser contenido en nuestra mente, a la espera del *timing* en el que la interpretación pueda ser tomada operativamente.

DE DISTANCIAS Y CERCANÍAS

La ocasión en la que la distancia entre paciente y analista permite el sur- gimiento de una ocurrencia que toma la forma de una interpretación es un acto privilegiado e inconsciente que ocurre en una sintonía a veces inesperada. Se ofrecerá al paciente una significación en aquel momento «justo» en el que las condiciones sean favorables al ingreso en su psiquis- mo, produciendo un momento de *insight*. La mente del analista en sesión

funciona de un modo propio de cada encuentro con cada paciente. Es importante que lo pongamos en relación con la edad de este y su patología, como otro elemento que pesa para la interpretación verbal o en acto (como es frecuente con la técnica del juego en el análisis con niños), acorde a los diferentes grados de simbolización disponibles para aprehenderla.

Si una interpretación es usada fuera de timing, o surge como evacuativa de contenidos aterradores que el analista no ha podido contener psíquicamente, no solo puede reforzar resistencias, sino angustiar en exceso, generando efectos indeseados, ya que las palabras no son ingenuas y el que se las lleva es el paciente. (Rebella, 2020, p. 703)

Paradójicamente, tratando de aliviar el sufrimiento psíquico, se produce el efecto contrario. Un lazo queda desplegado para explorar lo que el paciente hará con ese exceso que toma la categoría de invasión o de violencia.

Los analistas estamos muy habituados a pensar las expresiones del psiquismo actuales, vinculadas a las marcas que conforman el entramado de cada estructura psíquica. En ese sentido, me gusta cómo Piera Castoridis Aulagnier (1975a) sostiene cuánto de los tiempos primitivos, primeros encuentros con la palabra, son mediados por la madre, que acerca al lenguaje, inicialmente como una serie de «fragmentos sonoros». Estas trazas son atribuidas al primer objeto-pecho bajo la influencia de la fantasía. Formarán luego parte de la argamasa con la que se construye el psiquismo.

Como condición humana, en los orígenes del sujeto, a los sonidos oídos se les otorga un sentido en torno a si son fuente de placer o displacer, y pasado cierto umbral, la intensidad se volverá dolor. ¿Qué determina ese umbral? Parecería que será individual y, a la vez, estará relacionado con el sonido en términos de lo que transmite la madre -en su tono, timbre, intensidad y duración-, quien, acompañando el gesto, hará inferir un contenido.

Acorde a su pensamiento, siendo el objeto primordial el principal dador de gratificaciones y frustraciones, el bebé está muy pendiente de los sonidos que delatan la presencia o ausencia de la madre porque espera la gratificación que ella traerá. Al placer de oír, se unirán las zonas erógenas activadas simultáneamente, y la voz materna se volverá un atributo del pe-

cho, signo del deseo materno, tanto si la zona auditiva experimenta placer como si no (Castoriadis Aulagnier, 1975a). Entrará en juego entonces, para el bebé, el deseo percibido-atribuido al objeto primordial, a través de la voz de la madre, deseo de ofrecer o negar el placer, supuesto en ella, que habilitará o no las funciones de comer, defecar, abrigarse o desabrigarse, dormir o llorar, etc.

El silencio, a su vez, o ausencia del sonido, atribuido a la cercanía o lejanía de la madre, podrá volverse manifestación de una vivencia de displacer, ya que es posible fantasearlo como ausencia, luego *falta*, y también como *la negativa materna de ofrecer el objeto sonoro fuente de placer* y preámbulo de la satisfacción. Estos primitivos anclajes del psiquismo marcarán las características de todo vínculo posterior, cuestión que Vic Sedlak (2005) ejemplifica con un paciente que transmite en sesión cuán cautivado ha quedado al descubrir algo muy valioso: «que la propia vida familiar temprana puede influenciar las relaciones futuras» (p. 214), frase que desplegará un sinfín de asociaciones transferenciales.

DESDE LA CLÍNICA

Hace años, un querido amigo y excelente analista, Pedro Gadea, en un intercambio personal me hizo pensar acerca de aquellos pacientes de cierta gravedad para los que nuestras palabras se transforman en un arrullo que, desprendido de su contenido, satisface una necesidad de ser «acunados» por el analista-madre. Luego, en el grupo del Laboratorio de Psicosis de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU), con Julio Seigal coordinando, reflexionamos acerca de cómo para algunos pacientes es muy difícil escuchar nuestra voz unida a su valor simbólico de palabras. El sonido de nuestra voz se acerca a la concepción de un objeto-cosa que da placer como rememoración del acto de acunar materno, palabras en las que el contenido que podrían acarrear pierde su relevancia en pos de jerarquizar una antigua paz rememorada en transferencia.

El bebé, según interprete en términos de objetos parciales o totales, percibe los sonidos como signos del deseo del pecho o de su madre en relación con él, como sostiene Piera. ¿Qué ocurre con la reedición de esta forma de acercarse al objeto tan primitiva, en sesión? ¿Vuelve solamente

con esa vivencia arrulladora o arrastra otros contenidos y deseos fusionales? ¿Arrasa transitoriamente con las posibilidades de aprender de la experiencia o la repetición está al servicio de encontrar formas elaborativas de contenidos innombrables? ¿Debemos pensarlo en función de la estructura psíquica de cada paciente?

Así como mamá ordena cuándo es hora de cambiar el pañal, dormir, comer, abrigarse, etc., el paciente puede estar muy pendiente de lo que supone que el analista desea y de la confirmación de su supervivencia. A su vez, este último puede contraactuar ese deseo si no lo identifica como tal y responder con un exceso de intervenciones en esa dirección, bajo la consigna de *ordenar* su psiquismo, prestándole el propio y como forma de mostrarse vital. Los riesgos de aspiraciones pigmaliónicas en el analista solo dependerán de las características de su propia historia personal y analítica. En ese caso, el exceso en la interpretación será una mochila que el paciente cargará hasta que pueda ser desmontada en el mismo espacio analítico.

El anhelo de *oír* el deseo y la presencia del Otro -condición para investir la función de la escucha- acompaña *el deseo de aprehender lo que enuncia la voz* de mamá-analista para *saber* qué preanuncia de lo que se espera de él. Junto con estas peripecias respecto al deseo de la madre, encontramos lo que el bebé arma de lo que él es (Winnicott, 1967/1972).

Reflejado en su *mirada-voz*, se ve él, en lo que es y en lo que no es, proviniendo de la sabiduría supuesta en la madre que *sabe* de él más que él mismo. Podemos pensar que cuando estos estadios se viven traumáticamente por diferentes motivos, cada vez al bebé lo inundará más y más la desconfianza de lo que proviene del otro, y que, unida a condiciones subjetivas, podrá generar su retraimiento. ¿Podremos pensar aquí las raíces de aquellas dificultades que encontramos en algunos pacientes para investir al analista en su lugar como tal? ¿En esos «falsos saberes»?

A ese *deseo de saber* del que hablábamos se puede contraponer lo que Bion ha desarrollado como el «no deseo de saber», propio de funcionamientos primitivos, hasta psicóticos, que pueden asemejarse a lo que él llama «automutilación» de las fuentes perceptivas del displacer, que generan episodios de sordera psíquica (Rebella, 2020).

En sesión, se suma transferencialmente en estos pacientes la urgencia desesperada de recuperar-reencontrar a esa mamá *transparente* en cuanto

a lo que el Otro desea de él, sin lugar a las oscuridades propias de la incertidumbre que caracteriza las aristas neuróticas.

Para algunos pacientes tal vez es demasiado seductora la idea de entrega a lo que el otro quiera hacer de él, que proyecta en el analista y que propicia hacer a un lado su propio pensamiento, posible causa de que muchas propuestas terapéuticas que invitan a dirigir y solucionarle la vida al otro, indicándole o aconsejándole qué hacer con determinados temas, proliferen en algunos sectores y estructuras.

Volvamos a esa percepción del sonido que conlleva tantas cosas, surgiendo desde un *afuera* abierto a las múltiples atribuciones subjetivas y al supuesto deseo del Otro, y que tomará una cualidad placentera o displacentera, acorde a la interpretación de la experiencia. La voz se une a experiencias como ver, tragar, oler, tocar-ser tocado, que refuerzan o apaciguan vivencias persecutorias o gratificantes.

El objeto-voz puede tanto ser objeto restrictivo de la pulsión -y, por lo tanto, perseguidor- como mensajero del amor del Otro -objeto dador de placer-. Esa voz, que llega como pulsión escópica, que anuncia que ya llega la gratificación de una zona parcial, se vuelve un objeto tranquilizador, vehículo de amor y deseo, como preámbulo de palabras creadoras de sentido que aún no son y que nos van incluyendo en la cultura.

Esos primeros tiempos en la vida del *infans* dejan huellas que en sesión surgen de modos no verbales, y en general es el análisis de la contratransferencia, o transferencia del analista, lo que permite identificarlas.

Hay trazas psíquicas que en psicoanálisis han encontrado intentos de conceptualizaciones diversos. Por ejemplo, Marucco (1999) llama «huellas ingobernables» a aquellas que, como marcas psíquicas, pueden hablarnos de dificultades en la represión primaria, que son incapaces de ligadura con la palabra y que, desde otra mirada, Green (2000/2001) plantea que pueden encontrar representación en la contratransferencia. Estas huellas surgen muchas veces en actos que solo en el entre dos del análisis cobran significación. Eventualmente se enlazarían primero en la mente del analista, y al ponerle palabras, se desligarían de su repetición en actos. Así, la interpretación reafirma su lugar fundamental en el trabajo de análisis y nos permite reconducirnos a cuestionamientos acerca del *timing* y exceso evacuativo posible desde el analista.

Son múltiples los ejemplos clínicos de pacientes cuyas primitivas relaciones de objeto se actualizan, expresándose en el sentir del analista en sesión, efectos de situaciones que antaño fueron vivenciados por el paciente sin palabras. En su trabajo *Clínica de las situaciones límite*, Anne Brun (2019) trae un excelente ejemplo. Una paciente adulta genera en ella un impacto contratransferencial intenso, que es identificado para ser procesado por la analista y reconducido a antiguas experiencias de la paciente. Esta y la analista han logrado una conexión transferencial tal que se reactualizan intensas vivencias contratransferenciales de primitivas relaciones de objeto que pueden ser utilizadas en provecho del análisis.

El trabajo con estos aspectos que ponen en tensión nuestras posibilidades de significarlos conlleva el riesgo de exceso si el contenido se vuelve intolerable para nuestra capacidad de hacerle de continente y nos produce evacuar rápidamente en una interpretación lo que necesita ser contenido y metabolizado en nuestra mente para poder ser nombrado. Cual función *rêverie* bioniana (Bion, 1962/2003), a veces cargamos mucho tiempo con los fantasmas aterradores de nuestros pacientes antes de que llegue ese momento en el que es posible significarlo, ya metabolizado en nuestra mente, ofreciéndolo al paciente en una interpretación. Esa capacidad continente y resignificante es peculiar de cada analista y se relaciona con su historia de análisis y sus puntos ciegos.

Recuerdo, como ejemplo, que hace muchos años recibí a un paciente de siete u ocho años que entró por primera vez a la consulta empujado a golpes de la madre en la cabeza. «No quería venir», dijo ella a modo de explicación de su violencia, y se fue rápidamente dejándolo conmigo. El niño entró llorando y gritando, y apenas cerré la puerta, comenzó a patearla clamando por irse. A pesar de los muchos años transcurridos, todavía recuerdo el desconcierto, la angustia y el no saber qué hacer frente a un pequeño desconocido que amenazaba no solo romper la puerta, sino todo vínculo posible. Le interpreté en la línea de que no nos conocíamos, que estaba asustado y enojado con la madre, que así como ella lo golpeó, él quería golpearme a mí y todo lo que nos representaba a ambas, invitándolo a entrar al consultorio. Sin resultado, seguía pateando y golpeando la puerta con furia y desesperación.

En ese momento yo solo tenía la visión del niño vía los padres, y a él no lo había visto nunca hasta ese día. Inmersa en el exceso de efectos transferenciales del momento que ambos vivíamos, violentados los dos por esa entrada a los golpes de la madre y un ataque a todo límite, que representaba la puerta, acerqué una interpretación adelantada, buscando a tientas cómo aliviar ese sufrimiento del niño, sin poder contener en mi mente la intensidad del afecto desbocado y la vivencia persecutoria puesta en mí, le dije: «mamá me contó que siempre estás muy enojado con todos». Obviamente, una intervención que surgió desesperada y transmitió «no es conmigo», «yo no tengo nada que ver», «sos tú el que siempre está enojado» no pudo calmar al niño. Al ver que continuaba pateando la puerta con más fuerza aun, le dije que podía salir, que no estaba encerrado, y abrí la puerta. Salió corriendo en círculos por el jardín y luego cayó cansado en el escalón de la entrada al consultorio. Por muchos meses solo pudimos trabajar en el jardín, hasta que el frío del otoño lo *convenció* de ingresar nuevamente al consultorio. El terreno transferencial ya era otro y primaban aspectos positivos, si bien la violencia del acto a veces era intensa y rompía las flores del jardín, tiraba piedritas hacia la calle y las personas que por allí pasaban, y en varias ocasiones con alaridos decía que nadie lo quería, mientras los vecinos chistaban y nos miraban con disgusto. El acto seguía adelantándose, mientras las palabras seguían demoradas en un panorama donde en el vínculo con la madre primaban los golpes, tiñendo transferencialmente de muchos temores el encuentro conmigo.

Ese relato de nuestro encuentro inicial, en el que recuerdo que pasaron tantas cosas, transcurrió en el breve lapso aproximado de diez minutos de la sesión, según yo recuerdo. El exceso violento campeaba entre nosotros desde antes de llegar, y al recibirlo por primera vez, no se había establecido aún con el niño el terreno transferencial que se iría construyendo entre los dos en el ámbito del análisis. Hoy nos interesa el ejemplo para reflexionar particularmente sobre lo que en ocasiones ocurre en la mente del analista. ¿El impacto que tuvo sobre mí el recibir a este hijo golpeado y humillado por su madre impidió que pudiera hacerle lugar a vivencias violentas, aterradoras y fulminantes del niño, que se sentía no *querido vivo* por una madre compleja? Tal vez me fue imposible tolerar aquello persecutorio masivamente proyectado en mí, cuando

aún mi psiquismo no estaba preparado para hacerle lugar continente a tales contenidos aterradores. Al igual que él, tampoco tuve disponibles las palabras adecuadas para calmarlo. Se produce, entonces, con la interpretación, un fenómeno evacuativo que con su exceso concomitante aumenta la desesperación del niño. Solo posteriormente, con una intervención verbal que acompañó la interpretación simultánea en *acto* al abrir la puerta hacia el jardín y mostrarle que no pretendía encerrarlo, ocurrió cierto alivio entre los dos.

Aun cuando el analista ha desarrollado cierta tolerancia al dolor que le permite no evacuar los contenidos que buscan urgentemente un continente en su mente para lograr cierta transformación, nunca está al resguardo de respuestas excesivas al exceso de demanda desesperada. Estos fenómenos se parecerían a lo que muchos analistas llamarían contraactuaciones por parte del analista.

El riesgo mayor de deslizamiento a estas respuestas es con pacientes graves, que captan con facilidad puntos frágiles en el otro y ponen en juego aspectos transferenciales muy primarios que exigen al analista un permanente recurrir al análisis y reanálisis propio para trabajar con ellos. Justamente en estos casos es necesario cuidar el exceso de significaciones que pueden quedar como perdigones en la mente del paciente.

En un trabajo sobre el dolor, Clara Nemas (2012) sostiene que hoy en nuestra cultura está más que tolerado, es evacuado, *anestesiado, acallado*. Los analistas, con nuestra capacidad continente ampliada, alojamos los contenidos más aterradores de nuestros pacientes, transitando por finos pretilos de diferentes avatares psíquicos.

Son los pacientes más perturbados quienes necesitarán más que los acompañemos en la vuelta de estados emocionales intolerables, en los que falta la palabra, no solo con nuestro entendimiento, sino con nuestra disposición a *escuchar* su dolor en todas las maneras que poseen para transmitirlo. Esto implica muchas veces el compromiso corporal en una reedición contratransferencial, por momentos muy primitiva, en que el sentido de las palabras transformadoras no fue posible, al igual que la capacidad de otorgarles un caudal simbólico operativo (Rebella, 2020). El niño de mi ejemplo anterior solo en el entre dos del análisis logró crear un sentido para el acto violento, dándole palabras a lo vivenciado sin ellas.

Distinto fue el caso de una adolescente que sufría de trastornos digestivos desde la niñez y una gran impulsividad agresiva. Luego de una sesión intensa de gran dolor y vivencias de vacío, yo terminé la sesión literalmente vomitando. Podría haber sido insignificante desde el punto de vista psicoanalítico si las náuseas no se hubieran repetido rigurosamente por dos sesiones más con ella, posteriores y consecutivas. En ese contexto, cuatro sesiones después, escuché, inmersa en plena atención flotante: «¿Te das cuenta que la odio desde mis entrañas?» (Se refería a X, una compañera de clase). El resto del contexto verbal se desdibujó en mi escucha, destacándose el «odio desde las entrañas». Sentí el golpe en «las entrañas», pero no era corporal, como en las sesiones anteriores, sino en mi mente. La experiencia de *insight* fue compartida: a su expresión y mi consternación, siguió el recuerdo en ambas de las mismas palabras, dichas un año antes para referirse a la madre, que la había abandonado cuando era pequeña. «Ya sé, dije lo mismo de mi madre..., pero X no se parece a mi madre... En realidad... es poco afectuosa y agresiva como la recuerdo a ella... cuando me vomitó en lo de mi abuela». Trató de desvalorizar a continuación el *insight*, pero pudo tomar mis siguientes palabras:

Vomitada, abandonada, expulsada y desprotegida. Tal vez ahora podés ver que ese odio que sentís tiene mucho que ver con lo que tuviste que vivir. Seguramente estés muy asustada de ser vomitada y abandonada nuevamente, y volver a sentir ese intenso dolor que desgarrar tus entrañas.

Respondió angustiada y muy bajito: «No sé cómo sacar de mis entrañas el odio, y sale disparado para todos lados... No me vomites... Ella no me quería».

Con su concepto de *rêverie*, Bion pone en relación la capacidad continente del analista para con las experiencias traumáticas, sin palabras, no significadas, con la capacidad del paciente para tolerarlas y su potencialidad de hacer frente a la frustración, significando la experiencia, lo que implica darle palabras. La madre y el analista no solo continentan el contenido sin nombre del hijo-paciente, sino que lo tranquilizan dándole nombre a la experiencia. A veces hay que esperar mucho para llegar al momento en el que es posible darles palabras a estos contenidos en una interpretación

que los signifique. Es importante la capacidad del analista para contener y dosificar la reintroyección de los aspectos proyectados por el paciente en él, como lo describe Bion con su concepto de *rêverie*. Pero si el *rêverie* no es dado con amor..., como sostiene él, el paciente no podrá nutrirse del sentimiento de ser amado. Esa función de la madre con el bebé es hecha suya por el pequeño, interiorizándola. Necesidad humana, presente siempre, pero más en los tiempos tiernos de infancia respecto de las figuras primordiales que representamos en transferencia. Mi paciente adolescente «vivía muerta de miedo» por no sentirse amada, y el odio predominaba en múltiples movimientos proyectivos que afectaban todos sus vínculos. En el fondo, clamaba porque la amaran, porque la quisieran... viva.

Coincido con Winnicott (1950-1955/1979) en que la agresión primitiva es diferente del odio definido así por mi paciente, que es más sofisticado. La agresión primitiva, que él une a la movilidad, está presente en los estadios primitivos porque desde ese comienzo, cuando el crecimiento del yo está en los inicios, no hay nada que dé lugar a la satisfacción completa del ello, ni intencionalidad ni culpa. Los fenómenos del *a posteriori* la instalan igualmente trazando una línea imaginaria dirigida por la fantasía y los primitivos mecanismos proyectivos. Aunque el yo primitivo aún no tiene el desarrollo suficiente ni la integración para desarrollar ira o temor retaliativo, el impulso amoroso primitivo del ello trae en sí un elemento agresivo, destructivo en sí mismo en las primeras experiencias del ello. Para él no hay intencionalidad destructiva en ello, aunque el acto se le figure hostil a la madre.

Posteriormente, mi paciente y yo, juntas, nos acercamos a una fantasía construida en el fragor del análisis o descubierta pronta allí, en ella, pero hoy no importa esto, sino su sentir de haber sido abandonada por la madre a causa de una supuesta agresividad destructiva en ella. Esta pudo ser trabajada y desmontada, en parte con el auxilio de estas postulaciones winnicottianas y mucho de función *rêverie* bioniana, que incluye sostener y significar, dándoles palabras a esas experiencias tan tempranas vividas traumáticamente y sin nombre.

Los trastornos digestivos se atenuaron con el análisis, las entrañas dejaron sus alaridos a medida que las palabras fueron definiendo el dolor y la confianza en mí como analista no abandonica se fue fortaleciendo.

La dosificación es un punto fundamental y artesanal en el momento de pensar no incurrir en sobreinterpretaciones o excesos interpretativos. Con esta paciente debí ir despacio, aun con los riesgos de cargar en mis *entrañas*, por demasiado tiempo de espera, sus fantasmas aterradores. El movimiento que hace de lo contratransferencial inconsciente algo accesible a la consciencia tiene su tiempo y no es posible apresurarlo. En mi experiencia, encontrar las palabras y su límite para acercarse al paciente a cierto entendimiento de lo que ocurre en su mente surge del espacio compartido, como creación de una nueva historia entre dos que integre lo que hasta ese momento no podía ser nombrado.

El riesgo de exceso de silencio o de sobreinterpretaciones cuando el analista está conmovido se hace mayor, tal como se ejemplifica anteriormente con el caso del niño.

Anne Brun (2019) pone en relación lo que ocurre en la vida actual del paciente adulto con cierto adelanto del actuar frente al recordar, con experiencias de extrema violencia, viejas y actuales, que escenifican restos o trazas de la relación del bebé con su entorno primario preverbal.

Winnicott (1950-1955/1979) sostiene la importancia en la escena clínica de poder resistir la violencia y agresividad de nuestros pacientes, como una madre lo haría con su hijo, sin pasar factura, sin hacer nada más ni nada menos que soportar el odio propio y del bebé para que puedan ser integrados y diferenciados ambos, amor y odio, al igual que identificados todos los otros afectos que pueblan el sentir de los seres humanos y que agregan riqueza al paciente.

En el vínculo primario con las figuras primordiales, se destaca la idealización que instala al otro como dueño de un saber sobre el niño, más allá de él mismo. Parecería que, en esos tiempos primitivos, hay una dinámica deseante mutua, que hace que los deseos de la madre se confundan con los del hijo, de manera que el bebé no puede distinguir entre sus necesidades y las de la madre. Ese momento mítico y necesario caerá o no acorde a las vicisitudes psíquicas posibles. Si este funcionar permanece excesivamente marcado, esto puede llegar a teñir toda la vida psíquica del niño de aquello innombrable, pero observable por sus efectos, ya que es índice de que la terceridad no ha atravesado ese vínculo primordial

madre-bebé. Es fundamental la presencia del tercero en la mente de la madre para que esos dos se configuren como tales.

En sesión, el terreno transferencial hace que se reediten situaciones en las que por momentos el paciente sentirá que el analista sabe más de él que él mismo, así como vivenció a su madre, y mostrará la repercusión que esto tuvo y tiene sobre él. Ese exceso en la perpetuación de lo que antaño fue indispensable solo puede ser desmontado en el vínculo transferencial del análisis, dándole palabras, significándolo.

Entonces las ideologías del analista acerca de cómo está «bien» o «mal» pensar atravesarán todo el análisis, si es que no ha podido desligarse de los mandatos del «cómo hay que ser» mediante su propio análisis.

Un análisis que funciona como tal permitirá al paciente, al igual que lo hacen las madres «sanas» con su hijo, desarrollar su propio pensar en la diferencia tolerada del otro. Así, el paciente, como antaño su ser niño, podrá ir obteniendo su propia función *rêverie*, su propio instrumento interiorizado de autonomía... a su modo. Tal vez eso implica construir un espacio donde es posible la intimidad, lugar donde el otro no sabe de su pensamiento ni si es aprobado o no por él. Ese espacio se desarrollará si la madre y el analista posteriormente no intervienen con un exceso invasivo de su propio *saber* para acomodar el pensamiento a aquellos lícitos para el saber de ella o del analista. Castoriadis Aulagnier (1975b) sostendrá que los pacientes se someterán o defenderán este espacio de autonomía respecto del deseo del otro, pero el analista sabrá que *transparencia y saber son solo una ilusión*. Una interpretación puede ocasionalmente teñirse de aspectos pigmaliónicos si el analista, sin saberlo, se ubica en el lugar de una madre que decide por su hijo-paciente.

DEL EXCESO, PARA FINALIZAR

Los analistas trabajamos todo el tiempo en los territorios del exceso: exceso de dolor, de actuaciones, de pérdidas, etc. La intensidad de las vivencias de nuestros pacientes nos expone al riesgo de responder con desmesura que, a su vez, paradójicamente, terminaría siendo un acto evacuativo a contramano de nuestra intención transformadora de lo traumático, su-friente, en emociones pensables.

Ser continente para contenidos intensamente aterradores y transformarlos, significándolos, nos acerca al límite en el que nos encontramos frente a nuestras posibilidades de tolerancia al dolor, de *rêverie*, de lo que hemos podido analizar de nosotros mismos y de las vivencias transferenciales recíprocas que se generan en el encuentro analítico. Este movimiento es inconsciente, y ponerle pensamiento y palabras que lo definan ya lo transforma, por vía de la simbolización, en material accesible para una ulterior elaboración; así, la contratransferencia se torna un instrumento de captación y entendimiento de aquellos contenidos. Esta posibilidad implica una restricción al propio deseo del analista de darle palabras rápidamente a todo aquello que aún debe ser contenido en la mente de él hasta que, metabolizado y en el tiempo en el que el paciente esté en condiciones de reintroyectarlo, surja entre los dos, con palabras, aquello antes aterrador e inabarcable. ♦

BIBLIOGRAFÍA

- Baranger, W. (1994). Proceso en espiral y campo dinámico. En W. Baranger, R. Zac de Goldstein y N. Goldstein, *Artesanías psicoanalíticas* (pp. 349-370). Kargieman. (Trabajo original publicado en 1979).
- Bion, D. W. (2003). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1962).
- Brun, A. (2019). *Clínica de las situaciones límite: Odios pasionales y transferencia*. Trabajo presentado en reunión Científica de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Castoriadis Aulagnier, P. (1975a). La entrada en escena de la imagen de palabra y las modificaciones que ella impone a la actividad de lo primario. En P. Castoriadis Aulagnier, *La violencia de la interpretación: Del pictograma al enunciado*. Amorrortu.
- Castoriadis Aulagnier, P. (1975b). La violencia de la interpretación: Riesgo de exceso. En P. Castoriadis Aulagnier, *La violencia de la interpretación: Del pictograma al enunciado*. Amorrortu.
- Freud, S. (1992). Lo inconsciente. En J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas* (vol. 14, pp. 153-214). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915).
- Green, A. (2001). *El tiempo fragmentado*. Amorrortu. (Trabajo original publicado en 2000).
- Marucco, N. C. (1999). Recordar, repetir reelaborar: Un desafío para el psicoanálisis actual. En N. C. Marucco, *Cura analítica y transferencia*. Amorrortu.
- Nemas, C. (2012). *Angustia y dolor mental: Algunas reflexiones*. Inédito.
- Rebella, G. (2007). Repetición desde el desamparo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 105, 213-232.
- Rebella, G. (2020). El exceso de/en la interpretación. En 33° Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis: Fronteras. Viento de Fondo. http://fepal2020.programacientifico.info/opclibro/FEPAL2020_Libro_Virtual_FRONTERAS.pdf

- Sedlak, V. (2005). El material del paciente como ayuda para la elaboración rigurosa de la contratransferencia y la supervisión. *Libro Anual de Psicoanálisis*, 19.
- Vallespir, N. (2000). La (im)posible neutralidad de un psicoanalista posible. En *La muerte y otros comienzos*. Trilce.
- Winnicott, D. W. (1972). Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del yo. En D. W. Winnicott, *Realidad y juego*. Gedisa. (Trabajo original publicado en 1967).
- Winnicott, D. W. (1979). La agresión en relación con el desarrollo emocional. En D. W. Winnicott, *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Laia. (Trabajo original publicado en 1950-1955).