

Analista y paciente en mundos superpuestos

**JANINE PUGET y
LEONARDO
WENDER**

Paraguay 2475, 7o,
1121 Buenos Aires
Santa Fe 1785, 8o,
1060 Buenos Aires

Presentado en la reunión científica de AP-DEBA del 13 de abril de 1982. Comentarios y contribuciones de M. I. Siquier y R. Serebriany, y respuesta de los autores.

Origen del trabajo

Hace algunos años, una crisis institucional conmovió al ambiente psicoanalítico argentino e invadió tanto nuestras vidas como nuestra tarea. La mayoría de los pacientes en su discurso manifiesto, y a veces de modo evacuativo abundaban en hechos, datos y problemas que pertenecían a la realidad externa actual y a un mundo conocido por todos. Esta presencia constante, tanto en nuestros consultorios, en el encuadre, en la libre asociación, en la atención flotante, en la transferencia-contratransferencia como en el intercambio con colegas, nos pareció merecer un estudio especial. Llevó a plantearnos si algunas de las teorías que hasta ese momento nos habían sido útiles y abarcaban los hechos clínicos cotidianos, seguían bastando para conceptualizar y para instrumentar las técnicas correspondientes en estas condiciones de excepción. El período de crisis institucional

al que aludimos fue alrededor de los años 1977/78 y abarcó la época de preescisión, escisión y postescisión de la Asociación Psicoanalítica Argentina (A.P.A.). Aquí consideramos el fenómeno exclusivamente como una situación observacional típica, dado que todos los psicoanalistas argentinos se podrán remitir a las propias experiencias al respecto. Los pares analista-paciente compartieron un medio y una problemática acerca de la cual ambos poseían informaciones y noticias de interés y trascendencia común. Los pacientes, candidatos, colegas o cuasi colegas, como los llamara David Liberman, se transformaron por momentos en informantes inevitables para el analista, activándole cuestiones personales. El atractivo que dichos comentarios despertaban no era precisamente para comprender en profundidad al paciente sino tan sólo para satisfacer una curiosidad personal. También el analizado sabía que el analista poseía datos que en un determinado momento tendrían eventualmente que explicitarse. Todo esto amenazaba desbaratar el plácido y artificial equilibrio del mundo del "como si" de cada análisis.

Decidimos investigar el fenómeno en nosotros, en nuestros pacientes, controles y colegas. Utilizamos para confrontación-testigo aquellos casos ajenos al ambiente. Observamos entonces que resultaba difícil delimitar con nitidez el campo analítico del campo de la realidad externa, confundidos ambos por el cúmulo de información o por flagrantes omisiones de aquello que era ya de dominio público. El mundo externo cotidiano comenzaba a contaminar el campo analítico, violándolo.

La misma institución, que habitualmente constituía una adecuada defensa contra desorganizaciones psicóticas, al facultar la creación de vínculos estables que hacen a la identidad y a la cohesión grupal, se transformaba ahora en generadora de ansiedades de corte francamente primario.

Formulamos la hipótesis de que, durante la crisis institucional, todos los análisis vinculados con ella sufrieron alteraciones, desde nimias hasta graves. Por un lado, en ciertos casos se rompió temporariamente el encuadre habitual protector del proceso analítico. Por otro, durante este período y en diversas oportunidades, el discurso manifiesto de los pacientes cayó dentro de un registro de "noticia, infor-

mación o chisme" que pervirtió inconscientemente el vínculo analítico. Además las condiciones de la crisis vulneraron al analista ante la denigración o idealización de su propia persona o de aquellas conocidas por él, que pertenecían tanto a su grupo de opinión como a los grupos opositores. La tentación de "corregir" informaciones amenazaba el interpretar convirtiéndolo en una rectificación.

A poco de estudiar detenidamente estos fenómenos que aparecían durante la crisis comenzamos a conjeturar que los mismos, si bien era cierto que los magnificaron, no le eran privativos. En nuestro medio es frecuente que analistas y pacientes vivan y abreen en un contexto común en el que preexisten y se establecen interrelaciones directas o indirectas fuera del consultorio. Se frecuentan los mismos lugares, se conocen las mismas personas con sus anécdotas y mitos. El medio socioeconómico lleva a intereses y da acceso a lugares similares. Los pacientes y nosotros somos oriundos de un sector sociocultural semejante.

La información proveniente de ese microcosmos constituye el vehículo o la materia prima de la temática manifiesta de la sesión.

Como metáfora diremos que todo este material discursivo ingresará por un orificio diferente del proveniente del mundo objetal ajeno y "puro" de las primeras relaciones del paciente y de su anecdótica.

Esto nos lleva a plantear que toda vez que la realidad externa *común* aparece en el campo analítico con sus datos puede producir transformaciones y distorsión en la escucha del analista en cualquier tratamiento. Esta problemática lo coloca diariamente en dificultades técnicas específicas.

Mundos superpuestos

Este material del mundo común, si bien contiene el emergente del conflicto transferencial neurótico o psicótico del paciente, posee además una propiedad selectivamente acti-

1. Este trabajo fue preparado en 1981, antes de la guerra de las Malvinas. Fue leído una vez iniciada la misma, y su actualidad, aunque con un contexto distinto, llegó a adquirir para nosotros una vigencia dramática.

vadora: promueve una tendencia especial a participar, a "compartir". Compartir de facto, involuntario e inevitable, que estimula o inhibe una curiosidad ambivalente que suele transformarse en secreta (1), vicariante y vergonzante.

En la disposición a compartir del analista están, no obstante, sus mejores series complementarias, la esencia de su vocación basada en el interés por conocer y dar a conocer el inconsciente (2). Pero esto incluye una exigencia que lo mantiene en un estado de delicado equilibrio que comporta un riesgo: las posibilidades sublimatorias se ven amenazadas por desestructuración reactivando el predominio de funcionamientos primitivos.

Para definir la zona del mundo en común, colectora de tantas vicisitudes de la actividad analítica, hemos decidido eufemísticamente llamarlo "*mundo superpuesto*". Dicha zona suscita a diario problemas técnicos y éticos resueltos con recursos artesanales improvisados y por ende inconfesables o intransmisibles. Tales recursos quedan adscriptos a esa franja sutil en la que la intuición es privilegiada sin engendrar posteriormente una conceptualización científica.

Entendemos que desde el material del mundo superpuesto se irradia un efecto patógeno de gran complejidad que puede transformar la tarea analítica.

Durante un desarrollo típico de sesión podemos imaginar un analista inmerso y cómodo dentro de ella mientras pueda ejercer su función bajo la protección que le brinda el encuadre. La constancia, regularidad temporal y espacial, el derecho al silencio y a la abstinencia, el ocultamiento de la visual del paciente, el aislamiento del mundo exterior, producen la condición operativa del analista "encuadrado". Su habitat mental, su disociación funcional mediante el silenciamiento de su conflictiva personal, dispondrá su escucha en atención libremente dirigida.

Estos recursos tienden a un retiro libidinoso de sus vínculos objetales estables y promueven una disposición hacia nuevos lazos con el futuro objeto de su conocimiento: su paciente de ese instante. Esta reorganización particular exalta aquella apetencia por lo nuevo.

Dichas condiciones permiten el ingreso de cualquier mensaje siempre y cuando pueda ser decodificado despacio-

samente y remitido tarde o temprano al mundo interno e inconsciente del analizado. Pero observamos que dichos recaudos ideales rinden escaso amparo contra la irrupción del mundo superpuesto. Este producirá un efecto paradójico, pues, si bien en apariencia el mundo superpuesto crea un universo que aproximaría al analista a su analizado, a la postre será el que más lo aleje del descubrimiento del inconsciente. Para el paciente el material anecdótico seguirá siendo su objeto psicoanalítico, mientras que para el terapeuta se convertirá en referente alusivo a sus objetos extraanalíticos que lo reconducirán a su interioridad. Habrá sufrido un cambio o permutación de objeto. Entonces se apropiará inconscientemente del dato anecdótico, desestructurándolo de su fuente de origen y romperá la triangularización que da acceso a la decodificación. Se considerará habilitado para excluir al paciente y podrá buscar a otros interlocutores: ya sea consigo mismo o con un auditorio extraanalítico. No se trataría más de un secreto ajeno sino de un secreto propio que él reorganiza con quien desea (1). La epistemofilia cede paso a la escoptofilia. Y de ahí en más parten los dos mundos superpuestos en una comunicación en espejo. Se interrumpe la función analítica.

El analista se halla regido por la fantasía narcisista: "Ahora y aquí he encontrado algo para mí solo, he encontrado algo que es mío. Me he reencontrado".

En tanto, desde el paciente, huérfano, prosigue su tratamiento tentativamente cómo o cuánto puede. Y por un lapso seguirá suministrando a su analista el alimento adecuado para el sostén de su ilusión, pero el vínculo comenzará a resultar cada vez más forzado.

Ni bien el analista pueda rescatarse del brote escoptofílico habrá comprobado que de una sola vez perdió a sus dos objetos: el objeto psicoanalítico del cual renegara por reactivación de sus pulsiones pregenitales y el objeto escoptofílico que nunca puede ser desnudado totalmente.

Su respuesta lo remite a una complementariedad afectiva desde el material formal que no responde a la transferencia en sí. Si busca explicar lo ocurrido sólo investigando las fuentes transferenciales, no estará incluyendo su grado de compromiso personal y semántico dentro de la situación

analítica actual estrictamente considerada. La elucidación de este trastorno mental no seguirá por lo tanto los cauces clásicos de la comprensión e interpretación de los procesos transferenciales-contratransferenciales pues tienen otro origen. *El analista se ha salido de la transferencia.* El mundo complementario creado por ésta se ha roto o distorsionado.

Desearíamos pensar ahora esta condición psicopatológica del analista activada por el fenómeno de los mundos superpuestos como una reacción traumática de características peculiares. Puede definirse como traumático para el analista en el contexto psicoanalítico a un evento de cualquier origen que perturbe brusca y sorpresivamente la comunicación analítica. Su magnitud será variable. Un elemento primordial para la elaboración de toda situación traumática es el factor tiempo-espacio. En nuestro caso dicho factor está suprimido, o así al menos lo experimenta el analista. No dispone del tiempo y lugar privados necesarios para resolver su propio conflicto y se ve requerido por el decurso de la sesión y por las demandas del paciente a continuar dedicado a éste y no a sí mismo. Sin embargo se halla atrapado: no puede hablarle al paciente por la razón semiótica y comunicacional ya descrita sin dejar de mencionarle hechos, nombres de personas y datos que pertenecen a su privacidad, la que ahora se superpone con la de su paciente. Va en busca de éste y se encuentra consigo mismo. Esto lo coloca en una microneurosis traumática con su correlato sintomatológico: malestar, angustia, rumiación, repetición, pobreza ideativa y, hasta en algunos momentos de desestructuración psicótica, reactivación de ansiedades paranoides y confusionales. Un verdadero trastorno del pensamiento.

Bajo este efecto puede regresar a un estado en el que priva lo sensorial y el pensar queda abolido o inhibido. Para recuperarlo necesita reorganizar con su tiempo personal cadenas asociativas con la inclusión paulatina del hecho traumático y de sus consecuencias en diversos aspectos de su circunstancia vital.

Cuando estas perturbaciones lo trascienden y toman contacto con el paciente, sus vías de expresión se deslizan en el encuadre y en la interpretación. Si se extienden a su mundo de relación contaminarán sus conductas fuera de sesión.

Encuadre

Cuando el encuadre se hace permeable a datos personales, el analista acude tanto a rigidizarlo y reforzarlo como a liberalizarlo con elementos de permisividad excesiva. Puede incluso fracturarlo al intervenir directamente, terciando con señalamientos o con aclaraciones concretas bajo la racionalización de proteger la situación analítica.

Interpretación

Esta función se ve alterada. El mundo superpuesto promueve una cadena sobresignificada. La interpretaciones dejarán de ser genuinas y se transformarán en seudointerpretaciones destinadas a eludir, rectificar, atenuar, atesorar, etcétera, un dato que afecta al analista por razones espurias al proceso.

Así se apresurará a buscar significaciones supuestamente transferenciales a un contenido manifiesto que desea omitir. Eludirá lo inmediato y penoso para él, sumergiéndose directamente y fuera de *timing* en los contenidos profundos. Intervendrá tendenciosa o seductoramente para obtener más elementos de la serie escotofílica. En fases de identificación superoyoica, interpretará axiológicamente para detener un juicio de valor acerca de su personas y de gentes de su circunstancia.

En todos estos casos creará estar en pleno dominio de su proceso secundario, cuando realmente es su par placer-displacer el que rige su participación.

Ambas partes no son conscientes de este proceder y a cada uno, por sus propias motivaciones, le resultará difícil rescatarse del engaño.

A su vez lo tendencioso del analista es enmascarado, por aludir de algún modo a lo latente del paciente. Este, para salvar el vínculo transferencial, somete sus intereses a los del analista y podrá adherir al enunciado general de la seudointerpretación. Así pueden llegarse a cronificar y secuestrar territorios íntegros del material y del mundo interno del paciente (1). Se creará una zona muda dentro del proceso correspondiente a mundos superpuestos no resueltos.

Conducta del analista fuera de sesión

Hay datos que quedan erotizados y que egresan del campo analítico propiamente dicho debido a la referida destriangularización del proceso.

Algunos materiales pasarán a la supervisión, otros al intercambio científico entre colegas o al propio análisis del analista. Si encuentran esta solución natural, retornarán directa o indirectamente beneficiados a su fuente de origen: al paciente en sesión. Son destinos elaborativos.

Otros pasan a ser evacuados en forma espuria en algún allegado o en los corrillos, transformándose en datos compartidos por la colonia analítica. Emigran así de cabeza en cabeza hasta que ya nadie guarda acerca de ellos el debido sentido ético de discreción profesional. Pero lo que es aún más complejo: el dato deforme pasa a ser utilizado por el grupo como noticia o conocimiento.

Un distingo patognomónico de su procedencia es cuando entre colegas aparece la fórmula: "una persona me dijo...". Esto, para el oído avezado, significa: "consultorio"; es un recurso que potencia la erotización puesto que supone discreción pero como metamensaje autoriza su difusión y fomenta la catarsis grupal. Está emparentado con la problemática del secreto (1) y del rumor (3).

El fin de semana del analista es especialmente apto para este tipo de evacuación.

Situaciones prototípicas

Hasta aquí hemos hecho un enfoque global del proceso que se desencadena con la aparición del mundo superpuesto. Ahora agruparemos algunas situaciones que consideramos prototípicas de la experiencia clínica que permitirán un mejor abordaje y discusión de la riqueza de matices del fenómeno.

1. Datos-noticia

Cuando un tema manifiesto activa directamente y sin

transformación una zona de interés actual del analista, determina en él el mismo efecto de fascinación que las noticias de su esfera coloquial y cotidiana. Es el caso más simple de reversión de la atención.

El analista, contaminado por sus intereses personales, producirá una respuesta desde su ser social y no desde su ser analítico.

Bajo el dominio de su escoptofilia se encontrará reticente y poco deseoso de re trabajar este material y hacerlo tema de análisis. En su primera reacción tenderá a almacenarlo como un dato que sancionará como fehaciente ingresándolo en su caudal informativo. Luego puede buscar, obtener más datos concretos para ampliar la anécdota o, en su defecto, evitar fóbicamente el tema.

El final de la hora no marcará la separación del paciente ni la resolución temporaria del vínculo: estado pendiente e irresuelto que podrá llevarlo entonces a tomar decisiones en su vida privada: comprar, vender, concurrir a tal espectáculo o inhibirse en alguno de sus actos, etcétera.

En este ítem el componente traumático del analista es larvado y de menor cuantía. Hay una alteración del vínculo en la cual el objeto-paciente queda desdibujado y es sustituido por el objeto-noticia que despierta interés centrípeto con predominio narcisista.

2. Datos traumáticos

Los datos recibidos difieren cualitativamente de los arriba mencionados: se trata de aquellos que por su sentido producirán directa y sorpresivamente un afecto penoso o negativo en el analista. Desde la alusión nimia de hechos desagradables, inadvertida por el paciente, hasta la noticia más castrófica.

Generan inundación emocional y ofuscamiento que se expresa como silencio estuporoso o, por el contrario, como francos impulsos a obtener más elementos concretos y compulsión interpretativa. El estado de activación narcisista y confusional lleva al analista a una regresión específica a etapas iniciales del trabajo analítico en donde todo el uni-

verso de seguridad profesional, material y discriminación de la psicosis vuelven a depender de aquello que puede brindarle un objeto único: el paciente.

La salida de sesión será más descompensada que en las situaciones superpuestas corrientes; la urgencia por verificar, ratificar o evacuar en el exterior podrá llegar a ser irreprimible.

3. *Materiales de efecto traumatogeno por sumación o reiteración²*

Hay noticias traumáticas que aisladamente pueden ser metabolizadas durante una sesión. No perturban la función analítica. Pero si éstas llegan a ser repetidas por varios pacientes durante una jornada producirán saturación emocional por erotización reiterada. Esta sumación traumatógena es de efecto solapado. Produce un retiro narcisista paulatino y evitación fóbica que llevan a abandonar intelectual y afectivamente a los pacientes-portadores, dejándolos librados a sus propios datos anecdóticos con su conflicto latente. Indicadores de este trastorno se pueden rastrear en somatizaciones (cansancio, somnolencia, aburrimiento) o hiperactividad intelectual. Al final del día el analista podrá sorprenderse parasitado por el retorno de ideas y preocupaciones que le recuerdan en algo temas registrados subliminalmente durante la tarea.

4. *Acecho de la noticia traumática*

Cuando en el ambiente flota una noticia traumática y el analista supone que sus pacientes la conocen, podrá encontrarse a la espera o al acecho de su aparición en el material. La necesidad de que se mencione el episodio penoso se debe a los remanentes de su situación traumática. Bajo tales circunstancias, el tiempo compartido es utilizado in-

2. En ciertos casos hay otra calidad de noticia que lo puede perturbar causándole un conflicto entre su deber profesional y su seguridad personal: por ejemplo si llega a tener que alojar un material secreto de tipo comprometedor.

conscientemente para continuar la elaboración del propio conflicto. El elemento expectante obedece a una necesidad únicamente personal. Se hace útil que el paciente "sepa" para poder seguir implementando la hora analítica con fines propios.

La espera del relato es prácticamente inevitable, puede llegar a ser dolorosa y casi compulsiva. Si el comentario no se produce espontáneamente, cualquier asociación con datos, hechos o representaciones que puedan ser alegóricamente evocativas, pone en juego toda la sagacidad y actitud discriminadora para rescatarse y evaluar si se halla en presencia o no de un material alusivo al dato supuestamente compartido. El dilema teórico que se presenta es si, con su inclusión u omisión, se estará secuestrando material o iatrogenizando el campo analítico.

5. *Síndrome de la pared rota*

Cuando un analista atraviesa por una real circunstancia dramática de su vida personal (enfermedades, fallecimiento, etc.), es frecuente o a veces inevitable, que el suceso pase al dominio público, de ahí al torrente informativo de sus pacientes y luego al material de sesión. Esto puede configurar una experiencia límite.

La designamos "síndrome de la pared rota" dado que condiciona un emergente narcisista y traumático de características únicas: devela bruscamente el secreto del analista en un momento y un lugar que no son los adecuados. Anula su anonimato.

La disociación útil, ya precaria bajo tales circunstancias, es ahora inoperante. Una de las paredes de su consultorio se ha roto desde afuera. Ello lo colocará ante varias exigencias simultáneas: su propia situación traumática como persona y como analista, más la de sus pacientes. Ha sido violado fantásticamente en sus dos intimidades: su casa y su consultorio. Debe ahora preservar esos dos sectores de la catástrofe y de la confusión. Cada uno de ellos corresponde a niveles fundamentales de estructuración de su personalidad adulta y de su identidad. Bajo este impacto se encon-

trará gobernado por su regresión. Se hará presente la serie de respuestas al trauma que describiéramos en apartados anteriores: ofuscamiento emocional, vivencia de lo siniestro, silencio estuporoso o compulsión interpretativa. Pero como diferencia no intentará averiguar más elementos: precisamente se halla inundado por ellos, y a la salida de sesión buscará reponerse preferentemente con técnicas evacuatorias.

En un segundo momento, el contenido fáctico de la situación traumática del analista irá siendo admitido progresivamente por ambos integrantes, en cuanto a hecho real y no sólo dentro del "como si" convencional. Recién entonces podrán visualizarse con distancia los efectos transferenciales que tal escena produjera en el analizado con la significación inconsciente específica. La elaboración de esta emergencia traumática permitirá con el tiempo la recreación de una nueva pared que ya no será como la del encuadre anterior. Ello promoverá a su vez el restablecimiento de nuevos "como si".

Para la maduración analítica del paciente las consecuencias serán a la larga importantes. La desidealización, la disminución de la omnipotencia, la moderación del narcisismo a niveles adultos, se encontrarán entre los buenos frutos rescatados de la crisis. Para el analista el dolor y/o la vergüenza experimentada se traducirán en mayor sabiduría analítica, en reubicación de su narcisismo profesional y en humildad ante el paciente y la profesión.

6. Noticias del analista al paciente

Otras veces es el analista quien introduce activamente alguna notificación personal que puede ir desde lo cotidiano hasta lo complejo y grave: aumento de honorarios, mudanza, enfermedad, interrupción temporaria, emigración, etcétera.

El analista entra en sesión bajo un conflicto previo: es portador activo de un dato que se transformará en noticia superpuesta. Esta, a su vez creará un trastorno en la situación real del paciente que revertirá en una crisis mayor o menor dentro del proceso.

La función analítica estará alterada desde el superyó del analista, dado que se sumará a su responsabilidad real la culpa neurótica que promueven dichas rupturas activas del encuadre.

Puede suscitar conductas apaciguadoras, franqueamientos excesivos, preocupación personal o desmedida por el porvenir analítico del paciente, etcétera.

Los efectos a distancia de estas experiencias se detectan a veces en los reanálisis.

7. Analista en posesión de datos que el paciente ignora u oculta

El analista puede hallarse en posesión de datos que comprenden toda una gama que va desde hechos anecdóticos e históricos hasta noticias actuales. Por ejemplo, el enterarse de alguna enfermedad grave de su paciente o de algún familiar de éste, de una infidelidad conyugal, etcétera. Estas referencias, adquiridas extraanalíticamente, siempre producen un efecto desorganizador por su aparición fuera de contexto, una herida narcisista pues no fueron obtenidos "según arte" y una mayor exigencia. De todas maneras traen una nueva visión del caso recibida unilateralmente. Surge un mundo superpuesto que puede crear un problema técnico y ético a veces irresoluble.

Se plantea un dilema: incluir o no incluir y, además, cómo, cuándo y dónde hallar indicios fidedignos. ¿Es el paciente quien está excluido o excluyéndose, o es el analista excluido por su paciente de un determinado conocimiento? ¿Cuáles son los indicadores? Estamos aquí ante una doble problemática del secreto y sus vicisitudes. Secreto del paciente. Secreto del analista.

Momentáneamente el analista transformará en secreto sus informaciones. Si no reaparecen a través del paciente se verá liberado del peso de su secreto y experimentará un alivio muy particular. Decidirá entonces a voluntad la utilización o no de los datos que ya no lo abarcan a él solamente y que vuelven a pertenecer a la situación analítica. En ciertas ocasiones, por no tolerar el peso de tal secreto, y regido, ahora sí, por el principio de placer-displacer, podrá verse com-

pulsivamente deseoso de evacuarlo dentro o fuera de sesión, ya que el displacer puede llegar a ser insoportable. Pero hay otros casos en los cuales tendrá que conservar el secreto indefinidamente con mayor o menor sobrecarga tanto para la pareja analítica como para el funcionamiento mental del analista. Quedarán en él como un remanente sin destinatario.

Narcisismo del analista

El universo de los mundos superpuestos que venimos describiendo nos lleva a la problemática del narcisismo del analista y del psicoanalizar. Deseamos hacer algunas consideraciones al respecto. La fuente casi única de reforzamiento de la autoestima profesional proviene históricamente del propio análisis y de su formación científica, que irán a configurar el ideal del yo analítico.

Mientras se halla trabajando, el enriquecimiento de su ego lo obtendrá del placer funcional dado por el ejercicio de su capacidad analítica y de la tarea creativa intelectual que realice.

Teóricamente todo ello lo preservaría de buscar halagos y reaseguramientos originados en la ilusión transferencial (5).

Sin embargo, la simetría y la abstinencia de la situación analítica recaen con sus efectos deprivativos y sometedores no sólo sobre los pacientes, como usualmente ellos lo aquejan, sino también sobre el analista como un subproducto inevitable del procedimiento. Sabemos que el terapeuta debe renunciar durante horas a pensar adulta o genitualmente en sí mismo para prestarse a ser pensado regresivamente por un sujeto que lo utiliza y lo parasita proyectivamente. Para su persona real es equiparable a una muerte psicológica que refuerza su soledad y desencadena sufrimiento. Consideramos que el espejismo de la transferencia podrá incluso hacerlo buscar en ella un alivio para sus carencias y dar pie para que se ubique desde la contratransferencia en epicentro del paciente (6). Cuando, para más, aparece el mundo superpuesto, ello precipita esta condición narcisista tornándola por momentos irreversible: el deseo de ocupar el lugar central

lleva a arrebatarse a su "majestad el bebé" y alojarlo en su mente. Se rompe el equilibrio real ilusorio del campo analítico y se desarrollan entonces dos estados narcisistas rivales. Esta perturbación constituiría una especie de "enfermedad profesional" propia del quehacer analítico. Este, ya de por sí, coloquialmente acusado de profesión malsana y una de las famosas profesiones imposibles de Freud (7).

Mencionaremos como indicadores de este trastorno narcisista, una intensificación del deseo de ser nombrado, querido y gratificado en forma directa e inmediata, de incrementar el prestigio y el cúmulo informativo tanto acerca de sí mismo como del mundo en general.

Cuando esto ocurre, queda relegada la principal fuente de enriquecimiento y autoestima dada por el descubrimiento de significaciones inconscientes. El narcisismo "analítico" queda desplazado por el narcisismo de su propia persona (no científica) y se establece un tipo de relación con el otro en la que predomina el interés por sí mismo en desmedro del paciente.

Desde el ideal del yo, pensamos que el analista se identifica con el "como si" idealizado que le propone la transferencia y toma delirantemente como mandato y expectativa, aquellos ideales que resuenan sobre sus arcaicas exigencias narcisistas. Carenciado y dependiente, trata de ir poniéndose a la altura de este patrón exterior siempre cambiante. Si dentro de las exigencias transferenciales se encuentra con aquellos "deberás ser" de su infancia, reforzará su yo ideal y, superyoica o melancólicamente, tenderá a responder en el aquí y ahora. Instalará por alguna de estas vías una verdadera dependencia narcisista. Esto acrecienta la pérdida de la autoestima, el sentimiento arcaico de impotencia - rompece el juicio de realidad y desencadena extrañamiento y confusión. En otros casos, puede privar un estado megalomaniaco en el cual el analista personifica el bebé omnisciente del delirio de su analizado: conoce todo, comparte todo. Selecciona y juzga como reales y fehacientes, por ejemplo, aquellos datos del mundo superpuesto que le convengan y se adecuen a sus necesidades narcisistas del momento. En realidad esta visión tendenciosa responderá, entonces, no sólo a la sobrecarga informativa del medio ambiente sino al intento de

zanjar el vacío y la privación afectiva extratransferencial, la soledad mencionada, instalando este compartir vicariante, simbólico.

Surgirán también en estas condiciones auténticos estados de acting out del analizar. El analista pasará a representar un personaje delirado y le resultará difícil salirse de ese papel. Por ende lo actuará en y fuera del consultorio. Dentro de la sesión, el acting out más puntual y específico es aquél que acabamos de describir cuando transforma la escucha y registra el dato como verdad fehaciente y no como verdad psicológica, y obra en consecuencia. Sería una manifestación de su imposibilidad para revertir la perspectiva, caso en el cual se encuentra atendiendo con memoria y deseo de ser informado y nombrado. Fuera del consultorio lo fija en un rol o en un estereotipo en la estamentería institucional o la sociedad en general. No podrá defraudar a su público inconsciente. Pero lo que es más, en su mundo diario se transforma en un ser informado-desinformado, portador de datos parciales sobre sí mismo y sobre los demás, que a veces altera conscientemente o no su vida de relación.

Justamente en aquel período de crisis institucional que utilizamos como arranque del trabajo, debe haberse producido un incremento individual y grupal de exaltación narcisista, potenciado por la revisión y cuestionamiento de la identidad de todos y cada uno de sus componentes.

Ahora, aparte de este aspecto deformante y patológico, deseamos rescatar un narcisismo "positivo": ni defensivo ni regresivo sino preponderantemente libidinal, y conjeturar cómo éste puede ser instrumentado.

Cuando el analista consiga discriminarse adecuadamente de su condición narcisista, retomará los datos que fueron creando aquel mundo superpuesto y logrará restituirlos a los dos mundos ajenos e individuales de donde habían partido.

El mundo superpuesto como fuente de recolección informativa y eventual enriquecimiento narcisista podría entonces ser replanteado. ¿Es esto posible o lícito? Creemos que en ciertas ocasiones, una vez vuelta a recuperar la autonomía, el analista quedará fuera del consultorio, ya no con relatos que catalogará como fehacientes o que le pertenecen,

sino con elementos parciales de información. Desde ese lugar podrá reabrir una secuencia de aprendizaje: la transformación de datos ajenos o externos en conocimiento.

Ello será logrado mediante los remanentes deserotizados y sublimados, una especie de residuo fáctico o escoria buena del material manifiesto.

Otras veces el desenlace será sólo el descarte o el olvido. No obstante, cada elemento novedoso estimulará el pensamiento autónomo capaz de transformar la información en especulación y aprendizaje. No hablamos aquí de aquel conocimiento de la psique de cada paciente sino que nos referimos tan sólo a aquellas cosas que sencillamente ahora sabe el analista como persona real y que antes desconocía.

El consultorio será entonces una ventana más al mundo que el terapeuta curioso y *voyeurista* inveterado buscará tanto dentro de lo banal como de lo fascinante. Su narcisismo se verá así parcialmente realimentado. El paciente obrará sólo como un agente más, promotor de información.

Reflexiones técnicas finales

Opinamos que sería útil tener en cuenta que cuando irrumpe el mundo superpuesto en sesión, inevitablemente y por un lapso, nos veremos traumáticamente inundados por los halagos o estragos a nuestro narcisismo psicoanalítico y que será muy probable la tendencia a convertirnos en personaje número uno.

Para paliar este estado, el silencio del analista podrá reincorporarle el tiempo necesario para despejar su campo y recuperarse de la lesión narcisista que comporta el comprobar *in situ* la cesación momentánea del instrumento del trabajo. Las interpretaciones que surjan mientras predominen los intereses personales extraanalíticos no provendrán de la libertad creadora. Generalmente se verán empobrecidas o hasta perjudicadas.

Como de todos modos, salvo groseros errores de conducción, la situación analítica ha de continuar, para el analista será posible apoyarse en otros elementos terapéuticos. Así, el sostén dado por un encuadre lo suficientemente flexible

pero firme, una presencia receptiva y capacidad de espera, lo preservarán como objeto transferencial.

El mundo superpuesto es un talón de Aquiles del psicoanalista y del psicoanalizado, dado que esta problemática se inscribe en el dilema aún no resuelto de realidad externa y psicoanálisis. El mundo superpuesto es un momento de eclipse analítico.

Resumen

Este trabajo gira en torno de los fenómenos que produce la realidad externa común a paciente y analista, cuando ella surge en el campo analítico. Su presencia en el material es fuente de distorsiones y transformación en la escucha del analista, así como de perturbación en la función analítica.

El material del mundo común al que los autores denominan "mundo superpuesto", si bien vehiculiza el emergente del conflicto transferencial, poseería una actividad selectivamente activadora. promueve en el analista una tendencia especial a participar, a "compartir". Comparar de facto, involuntario e inevitable que estimula o inhibe una curiosidad ambivalente que suele transformarse en secreta, vicariante y vergonzante.

Esto activa en él dos perturbaciones fundamentales que luego revertirán sobre el proceso analítico: un efecto traumático de mayor o menor grado y un trastorno narcisista.

Se estudian las vicisitudes de esta condición. su interferencia en el desarrollo de la relación transferencial, en la técnica, en el encuadre y en la interpretación, en la producción de acting out del analista y en ulteriores conductas sociales.

Se plantean también los destinos elaborativos de la problemática.

Summary

This paper is centered about the phenomena produced by the external reality common to both patient and analyst, when this common reality arises in the analytic situation. Its presence in the material is the source of distortions and transformations in the analyst "listening" as well as disturbances in the analytic function.

The material of the common world -called "overlapping" by the authors- even though it is the vehicle for that which comes out

of the transference conflict, would have a selectively activating quality: it induces a special tendency in the analyst to participate, to "share". This de facto, involuntary, inevitable, sharing stimulates or inhibits an ambivalent curiosity which often becomes secret, vicarious and shameful.

All this produces in the analyst two basic disturbances which will affect the analytic process: a smaller or greater traumatic effect and a narcissistic disorder.

The authors deal with the development of the transference relationship, with the various effects of technique, with the setting and interpretation; its relation to triggering acting-out by the analyst and to future social behaviour.

The positive aspects of the working through of this type of problems are indicated in this paper.

Résumé

Nous posons l'axe de ce travail sur les phénomènes qui apparaissent quand la réalité extérieure commune à l'analyste et au patient apparaît sur le champ analytique. La présence d'un tel matériel est source de distorsions (déséquilibre) et transformations à l'écoute de l'analyste et pour autant cause de perturbations de la fonction analytique.

Le matériel du monde commun auquel les auteurs ont surnommé "monde superposé" bien qu'étant le véhicule de l'émergent du conflit transférentiel pourrait avoir une propriété d'une activité sélectionnée: elle promeut chez l'analyste une tendance spéciale à participer "à partager". Partager de facto involontaire et inévitable qui stimule ou inhibe une curiosité ambivalente qui peut devenir secrète, vicariante e honteuse.

Ceci active en lui deux perturbations fondamentales qui se retourneront sur le processus analytique: un effet traumatique plus ou moins important et un trouble narcissistique.

On étudie les vicissitudes de cette condition: son interférence sur le développement de la relation transférentielle, sur la technique, sur le cadre et l'interprétation ainsi que sur la production d'un acting out de l'analyste et de ses ulteriores conduites sociales.

On étudie aussi les destins perlaboratifs de cette problématique.

Bibliografía

- (1) PUGET, J. y WENDER, L., "Los secretos y el secretar", *Rev. de APdeBA*, vol. II, No. 1, Bs. As., 1980.
- (2) WENDER, L., "Psicoanálisis de la vocación", *Rev. de APA*, vol. XXII, T. 1 y 2, Bs. As., 1965.

- (3) OLINICK, S., "The gossiping psychoanalyst", *The Int. Rev. of Psychoan.*, vol. 7, part 4, Londres, 1980.
- (4) ZAC, J., "Reacción de fin de semana: encuadre y acting out", *Rev. de APA*, vol. XXV, No. 1, Bs. As., 1968.
- (5) AULAGNIER, P., *Les destins du plaisir*, págs. 219-229, París, P.U.F., 1979.
- (6) CHASSEGUET-SMIRGEL, J. y GRUNBERGER, "El narcisismo del analista", *Rev. de APdeBA*, vol. I, No. 1, Bs. As., 1979.
- (7) FREUD, S., "Análisis terminable e interminable", T. XXIII, Bs. As., Amorrortu, 1973.

COMENTARIOS Y CONTRIBUCIONES

María Isabel Siquier

El trabajo de los doctores J. Puget y L. Wender es original e importante. Encara puntos de la práctica analítica con valentía, honestidad, frescura e ingenio.

En ese sentido es un aporte de los que reclamaba Racker hablando de la relativa escasez de la literatura sobre contratransferencia e lo que una y otra vez escuchamos de Bleger sobre la necesidad de separar el divorcio entre teoría y práctica en psicoanálisis.

A mi modo de ver, este trabajo parte del detallado análisis de una situación observacional a la que los autores denominan "mundo superpuesto" y su relación con los conceptos de contratransferencia y mundo externo, este último más planteado que trabajado, aunque podemos pensar que está implícito en lo tocante a los problemas institucionales y de análisis didáctico.

Trataré, por lo tanto, de revisar lo que considero sus tres ítems fundamentales: a) el hecho denominado mundo superpuesto; b) qué acontece en el analista, y c) qué podemos aprender de nuevo a través del trabajo de los autores sobre este tópico siempre en penumbras, llamado realidad externa.

a) Mundo superpuesto es, a mi juicio, un feliz hallazgo terminológico para enmarcar una parte de la experiencia analítica, con características especiales, que los autores describen con admirable penetración.

Esta descripción está focalizada en lo que acontece en el analista y en su instrumento de trabajo, revisando situaciones vinculadas con el encuadre y con la labor interpretativa. Las siete posibilidades revisadas por los autores agotan *prima facie* las situaciones más importantes vinculadas con este tipo de experiencia, aunque no se descarta la posibilidad de ampliaciones futuras.

No me voy a detener en el análisis de cada una de ellas y más bien pienso que el haber demarcado este aspecto de la práctica analítica, posibilita el abordaje desde este ángulo de tópicos tales como contratransferencia, método analítico y realidad externa.

b) En todo el trabajo hay una rica descripción de situaciones emocionales por las que atraviesa el analista. Estas se destacan tanto en la caracterización del mundo superpuesto, como en la manipulación del encuadre, las vicisitudes de su función interpretativa, la conducta del

analista fuera de sesión, las peculiares situaciones prototípicas descriptas o en el estudio del narcisismo vinculado a su quehacer.

¿En qué parte de la teoría analítica se ubican estas descripciones? Creo que sin lugar a dudas en la contratransferencia. Para ello parto de la primera definición de Freud sobre el tema, hecha en 1910 en su artículo "El porvenir de la terapia psicoanalítica", como una "transferencia recíproca" del analista sobre su analizado, situación que debe ser evitada y superada, para lo cual recomienda el análisis didáctico y el autonálisis de los futuros terapeutas.

Como lo puntualiza Racker, la teoría sobre los fenómenos de la contratransferencia no sufrió la rápida evolución ni la frondosa investigación de que fuera objeto la teoría de la transferencia.

Esto respondería, según este autor, a deficiencias neuróticas de los analistas. Las distintas conceptualizaciones sobre la contratransferencia pueden resumirse en dos líneas de pensamiento principales: aquella que la considera como respuesta neurótica del analista frente a su paciente, y aquella que la ve como respuesta total frente a éste y al material que brinda.

Está bastante difundido dentro del medio psicoanalítico definir la contratransferencia como un fenómeno neurótico y, por ende, algo así como un "ruido" en el campo comunicacional analítico. Así considerada, cada analista se las "tiene que arreglar" con este escollo, como un investigador con instrumentos deficientes.

Sin entrar a repasar la bibliografía sobre el tema, yo tomo las ideas de Racker, que define con claridad el concepto, considerando la contratransferencia como la respuesta total del analista frente a su analizado. En esta totalidad discrimina un aspecto, que es la respuesta a la situación emocional de su paciente, es decir, la contratransferencia como correlato de la transferencia, y otro en el que actúan las propias transferencias del analista, que genéricamente adscribe a la neurosis de contratransferencia.

A la primera situación la llama contratransferencia concordante, a la segunda, contratransferencia complementaria. Aun también en esta última, distingue entre una directa con el paciente como objeto y una indirecta en donde el paciente secundariamente se transforma en objeto superyoico, a través de la dependencia neurótica del analista frente a colegas, instituciones, o sociedad en general.

Racker opina que estos dos aspectos de la contratransferencia tienen un íntimo enlace, y por lo tanto su diferenciación es un tanto artificial pero, ello no obstante, hace una discriminación conceptual entre

ambas cuando caracteriza a la contratransferencia concordante y complementaria: "La diferencia entre los dos aspectos mencionados debe aún ser concretada terminológicamente. Por un lado está el analista como sujeto y el analizado como objeto del conocimiento, el cual en cierto sentido anula la 'relación de objeto' propiamente dicho, produciéndose en su lugar la unidad o identidad aproximadas entre partes del sujeto y partes del objeto (experiencias, impulsos, defensas, etc.), el conjunto de los procesos pertenecientes podría denominarse —donde sea necesario— contratransferencia concordante. Por el otro lado existe una relación de objeto muy similar a muchas otras, una verdadera 'transferencia' en que el analista 'repite' vivencias anteriores, representando el analizado objetos internos del analista, el conjunto de estas últimas vivencias (que igualmente existen siempre y continuamente) podría ser denominado contratransferencia complementaria".¹

Así enfocado el tema, el mundo superpuesto describe las condiciones de posibilidad de ruptura del equilibrio de la contratransferencia, en donde se supone, y es deseable, el aspecto neurótico ocupa el mínimo lugar. Se produce lo que los autores llaman la "situación traumática" o en otro párrafo la "salida de la transferencia", y ese equilibrio deseable se invierte. Aunque, agrego, siempre persiste el término no neurótico. Es un hecho de experiencia común, tanto en el ejemplo institucional que los autores resaltan, como en uno más reciente e igualmente conmovedor como lo fue la guerra de las Malvinas, que cada paciente aporta sus connotaciones transferenciales originales y por lo tanto favorece o atenúa, según el caso, la magnitud de la "situación traumática".

Mi intento de ubicar algunas formulaciones de este trabajo en el cuerpo teórico sancionado del psicoanálisis tiene como objeto, aparte de un interés metodológico, el poner en primer plano el rico abanico de posibilidades descriptivas que amplían convenientemente el contenido de información de la teoría considerada.

c) Las precisiones acerca del narcisismo del analista me parecen de una riquísima minuciosidad y también hablan de la inversión de una posibilidad de relación objetal madura y discriminada a una relación de objeto narcisista, parcial, ilusoria y frecuentemente megalomaniaca.

En esta parte del trabajo los autores hacen uno de los aportes, a mi juicio, más importantes, al poner bajo la mira el método analítico. El mundo superpuesto desestructura el método y ahí queda incluida la desestructuración del analista, de la contratransferencia, de su acti-

1. *Los significados y usos de la contratransferencia*, H. Racker.

tud, del encuadre y, con otras palabras, trueca la atención flotante en memoria y deseo. Pero al mismo tiempo que pone de manifiesto todo este terremoto, nos fuerza a reflexionar, junto con los autores, acerca de lo difícil e inestable de nuestro quehacer por la renuncia autoimpuesta. En ese sentido, el mundo superpuesto, más que el talón de Aquiles de la situación analítica parecería ser la flecha privilegiada que da en el blanco, y el talón de Aquiles sería lo que los autores describen como una suma del encuadre más la actitud de abstinencia. Estas condiciones, indispensables y óptimas para que se dé el proceso, proveen simultáneamente una gran frustración en la comunicación simétrica y la "tentación megalomaniaca del objeto transferencial".

Ahora bien, quisiera dar vuelta la cosa y adentrarme en la hipótesis de los autores. El mundo superpuesto no es la flecha, sino que es el propio talón de Aquiles.

¿Qué significa esto? Significa que la realidad externa o, más bien, cierto sector de la llamada realidad externa, no está fuera de la situación analítica, como ese diabólico referente icónico, siempre elusivo, que nos deja desarmados, sino que pertenece enteramente a su interioridad.

Si rastreamos las situaciones descritas por los autores, incluso mi referencia dada más arriba a la guerra de las Malvinas, realidad externa es, desde el punto de vista del método analítico en este trabajo, aquella porción de la experiencia vital que involucra prioritariamente a la persona del analista, más allá de su función como tal.

Desde ahí podríamos pensar que la única realidad externa no significada en la situación analítica que irrumpe, provocando una opacación momentánea del progreso del conocimiento, es lo que los autores llaman el "ser social" del analista. En ese sentido, se trata de algo así como la vuelta de lo reprimido, es decir, la vuelta de lo que el método por propia decisión y conveniencia recorta, y entonces sí, constituye su talón de Aquiles.

Por fin, no puedo dejar de mencionar una vez más la riqueza de la descripción de cada una de las situaciones involucradas en el mundo superpuesto que no he analizado pero, a la vez, requeriría de los autores algo como mayor precisión en aquellos puntos donde se trata de ver los aspectos "progresivos" en cuanto al conocimiento de la desestructuración considerada.

Los autores dicen. "Para la maduración analítica del paciente las consecuencias serán a la larga importantes. La desidealización, la disminución de la omnipotencia, la moderación del narcisismo a nive-

les adultos, se encontrarán entre los buenos frutos rescatados de la crisis. Para el analista el dolor y/o la vergüenza experimentados se traducirán en mayor sabiduría analítica, en reubicación de su narcisismo profesional y en humildad ante el paciente y la profesión", y más adelante: "...Desde ese lugar podrá reabrir una secuencia de aprendizaje: la transformación de datos ajenos o externos en conocimiento.

Ello será logrado mediante los remanentes deserotizados y sublimados, una especie de residuo fáctico o escoria buena.

Otras veces el desenlace será sólo el descarte o el olvido. No obstante, cada elemento novedoso estimulará el pensamiento autónomo capaz de transformar la información en especulación y aprendizaje". En esta última cita se advierte tanto descriptiva como teóricamente una vaguedad que contrasta vivamente con el resto del trabajo, y no lo puntualizo por la absurda exigencia de que hay que abarcarlo todo, sino porque ambas citas hacen además a otra cuestión. El mundo superpuesto, ¿es sólo talón de Aquiles o hay algo más? Porque también puede quedar la impresión de que estas situaciones son como los episodios psicóticos en el transcurso de un análisis. Seguro que a veces se puede emerger más enriquecido después de haber "tocado fondo", pero también ¡cuánto más deseable y estético es mantenerse en el marco de la neurosis!

O bien, estas situaciones tendrían un valor intrínseco a la manera de la situación básica de duelo en la teoría kleiniana, o del dolor psíquico en la de Bion para el desarrollo del conocimiento de la mente humana.

Si pensaron algo, me gustaría una respuesta en este punto.

Lo anterior se refleja en las consideraciones técnicas finales, en donde parece saludable no negar o minimizar a este convidado de piedra, de una importancia especial en todo lo que hace a la teoría de la técnica psicoanalítica.

Reggy Serebriany

En este interesante trabajo, los autores caracterizan una particular perturbación del proceso analítico, distinta, y estoy de acuerdo con ellos, del concepto de contratransferencia, si por ella entendemos, como nos enseñó H. Racker, la totalidad de la respuesta del analista a la transferencia de su paciente.

Es indudable que en el curso de un proceso psicoanalítico se pro-

ducen situaciones durante las cuales la comunicación del paciente puede tocar el área "privada" del analista, aquella parte de su personalidad habitualmente callada (pero no muda) durante su quehacer específico, instrumentalmente disociada sí, pero presente en algún espacio de la mente del analista, si éste ha de ofrecer al paciente la totalidad de su disponibilidad consciente e inconsciente en "atención flotante" "sin memoria ni deseo" como tiempo-espacio preñado de posibilidades de descubrimiento en una tarea realmente creadora. Es precisamente este estado mental del analista el que se ve interrumpido, más o menos traumáticamente, por la aparición de lo que se propone denominar "mundos superpuestos", situación específica que los autores proponen discriminar de las demás. Aquí lo que es comunicación de estados mentales se convierte en información acerca del mundo externo que abarca paciente y analista, con todas las alternativas que se describen en el trabajo. Pero hay otro factor que interviene inmediatamente: la disponibilidad psiconalítica del analista se ve alterada porque la información impone un trabajo a ser realizado perentoriamente: recuperar la capacidad de escucha analítica, perdida momentáneamente.

En el trabajo se detallan distintas situaciones para ahondar la reflexión. Me gustaría pensarlas del modo siguiente: la aparición de los "mundos superpuestos" puede.

1) *Afectar la disponibilidad para la contratransferencia.* Esto agrupa, pienso, las "noticias del analista al paciente" y "el analista en posesión de datos que el paciente ignora u oculta", ya que se trata de información que el analista posee pero que no proviene del proceso psicoanalítico mismo. Es una información perturbadora, que puede ser considerada espúrea, creando sentimientos de culpa, con la consecuente dificultad para estar "sin memoria y sin deseo"; el problema es ¿cómo recuperar esa capacidad, cuando justamente es la memoria la que acusa?

2) *Transformar el vínculo analítico.* Aquí agruparía los "datos noticias" "los datos traumáticos" y los "materiales de efecto traumatógeno por sumación y reiteración" y "el acecho por la noticia". Pienso que estas circunstancias transforman de distintos modos y con intensidades variables la pareja analista-analizando en otra, informante-informado. No se trata ya del diálogo analítico: la noticia promueve interés por la noticia misma, en detrimento de la comprensión del proceso. La máxima perturbación descripta: "el mundo superpuesto promueve una cadena sobresignificada", que impide al analista hablar interpretando (¿erotización del lenguaje y/o del pensamiento tal vez?). Siguiendo, creo, el pensamiento de los autores, el problema sería: ¿de quién estoy

hablando, de mí o de mi paciente? ¿A quién estoy hablando, a mí o a mi paciente?

3) *El síndrome de la pared rota.* Esta circunstancia me parece diferente de las anteriores: no se trata de una perturbación parcial como en el primer caso, ni de una transformación del vínculo, como en el segundo. Aquí el analista sabe cuál es la "real circunstancia dramática de su vida personal", el paciente sólo le informa que él también sabe (y se supone que no debiera saber) y "se devela bruscamente el secreto del analista en un momento y un lugar que no son los adecuados".

Voy a tratar de diferenciar diversos factores de esta propuesta que me parece un observable clínico del que tenemos experiencia emocional. ¿Por qué el efecto traumático y desorganizador en la mente del analista al saber que el paciente sabe? Es la violación del espacio secreto, intimidad personal del analista y su respeto es condición del "pensar libre", podríamos contestarnos siguiendo la línea de reflexión de los autores. Estoy de acuerdo en principio, pero me parece un enunciado general. En primer lugar, desde la clínica no siempre ocurre así, ni con todos los pacientes del mismo modo. Veamos distintos enfoques. *Desde el paciente, en la vertiente de la transferencia positiva:* enterarse del acontecimiento puede producirle la sensación de una información dañina, que rompe los límites del proceso y que produce daño. Cito un ejemplo: un paciente se entera por una indiscreción, de un acontecimiento penoso de la vida de su analista ocurrido años atrás. El paciente tuvo una brusca inhibición del habla en sesión, le llevó más de una semana poner en palabras su conocimiento. Para el analista, no hubo ninguna situación traumática. El paciente se sentía atrapado en una paradoja: si decía, temía violar la intimidad de su analista, si no decía, se sentía acusado de ocultar lo que, desde ya, era bien consciente: había un daño que no podía dejar de producirse, pero esta vez la situación estaba en el paciente, y no en el analista. *Desde la vertiente de la transferencia negativa:* el paciente puede utilizar el conocimiento que posee para someter, humillar, vengarse de su analista, es decir, toda la gama de los sentimientos del triunfo maníaco y de la negación omnipotente del dolor humano. Esta transferencia hostil, dada la situación, puede repercutir sumándose al punto doloroso del analista. *Desde el analista, en la vertiente depresiva:* la noticia puede ser acerca de un acontecimiento reciente, que no ha tenido tiempo suficiente para ser elaborado (una pérdida, por ejemplo) y que sorprende al analista en pleno trabajo de duelo, como una herida abierta, sin la piel adecuada. Pero también desde el analista, *en la vertiente narcisista;* en este caso puede haber una uti-

lización inconsciente defensiva de las normas del encuadre, la regla de abstinencia sobre todo. Analizamos sistemáticamente la idealización, la omnipotencia, la omnisciencia que el paciente nos atribuye, lo que equivale a tratar de descubrir la persistencia de rasgos infantiles (o funcionamiento psicótico de la mente) que descubiertos y nombrados, suponemos que evolucionarán hacia aspectos maduros: la creencia de los pacientes de que a los analistas nunca les ocurre nada es reedición de la creencia infantil en la omnipotencia parental. Y acaso como analistas, ¿estamos siempre a salvo del revivir de nuestras partes infantiles? Como dije antes, bien puede ocurrir que las normas mismas del encuadre, estereotipadas en algún momento, nos impidan darnos cuenta de que en nosotros también siguen vivas las viejas aspiraciones infantiles, en este caso, la comunicación del paciente rompe bruscamente el refugio narcisista infantil, con el consiguiente dolor agregado.

Hechas estas acotaciones, que tienden a ahondar en el concepto de "pared rota", se me hace más claro que hay algo específico en esta situación que escapa a la conceptualización. Vuelvo al secreto, protector del sí mismo del analista: ¿cuáles son las características del espacio mental en que éste queda alojado? Propongo una hipótesis: el espacio del secreto participaría de aquello que puede hacerse consciente pero tendría raíces más profundas en el ello, aquella parte nuestra ajena y desconocida por definición. "...somos vividos por fuerzas desconocidas e incontrolables", decía Freud (*El yo y el ello*).

Teniendo en cuenta la disociación instrumental y el grado de regresión útil del analista en tarea, los límites del espacio del secreto (o la "piel como continente", para usar la metáfora de E. Bick) podrían hacerse más tensos y tenues, el paciente tendrá a su alcance mayor riqueza de tonalidades (el analista tiene aguzados sus recursos) pero también pueden romperse. Si este espacio abarca dos áreas distintas de la vida mental, incluirá los dos modos de funcionamiento que corresponden al proceso primario y secundario. El funcionamiento normal supone la existencia de espacios mentales discriminados, pero permeables (consciente e inconsciente, ello y yo), lo que da la posibilidad de soñar sueños, descubrir, crear y, específicamente para el analista, captar fantasías inconscientes y proponer interpretaciones. En el caso de la noticia penosa, en el lugar y tiempo que no corresponde, pienso que es tocado ese particular equilibrio mental del analista y lo que es permeabilidad (que mantiene la discriminación) se vuelve porosidad total, confusión de espacios mentales y pérdida de la diferenciación de los dos funcionamientos, con el consiguiente sufrimiento y las alternati-

vas que se describen en el trabajo. Tal vez la experiencia va dando la capacidad de tolerar más estos espacios superpuestos, no bien discriminados, tanto dentro de la mente propia, como entre paciente y analista, pero también es cierto que su aparición creará siempre un cierto caos.

He considerado un solo aspecto en el comentario del trabajo, hay otros igualmente interesantes, como la vivencia de la pérdida del objeto paciente, la consideración del narcisismo, etcétera, pero considero prudente limitar aquí mi aporte, con una última reflexión.

El punto de partida de los autores fue la observación de una crisis institucional, transformando lo que podría haber sido obstáculo para la comprensión analítica, en conocimiento e instrumento de trabajo: desde Freud esto es modelo de pensamiento analítico. El tema de la institución analítica es vasto y no cabe tratarlo aquí, pero quiero decir lo siguiente: la pertenencia a una institución, con todos los sinsabores que a veces trae (la bibliografía abunda al respecto) es para los psicoanalistas condición de salud mental, ya que tiene que ver, entre otras cosas, con el espacio y tiempo mental que nuestros colegas nos brindan (como lo hacen los autores del trabajo que comento) para poder seguir con este difícil y peligroso arte de intentar comprender el inconsciente (el propio y el de nuestros pacientes por igual). A veces pienso que nuestra suerte se asemeja a la de Prometeo y que no deja de tener sus peligros "robar el fuego a los dioses".

RESPUESTA A LOS COMENTARIOS Y CONTRIBUCIONES

Las colegas que han efectuado el comentario de nuestro trabajo, con la solvencia personal y el peso de sus opiniones, se han ocupado de aquellos tópicos que consideramos centrales para la discusión.

Ambas aceptan el fenómeno del mundo superpuesto y centran parte de sus ideas en torno del problema de si éste se incluye o no dentro de la teoría de la contratransferencia. La doctora Serebriany estaría dispuesta a ubicarlo como un fenómeno distinto, aunque su análisis del síndrome de la pared rota, a nuestro criterio lo remitiría nuevamente a la teoría de la contratransferencia. La doctora Siquier revisa esta última y decididamente la considera suficiente como para abarcar en ella al mundo superpuesto como expresión de un fenómeno de contratransferencia complementaria, siguiendo a Racker.

Precisaremos aún más algunas características definitorias del mundo superpuesto.

Este es esencialmente un estado de *emergencia traumática actual*, que se produce en el terapeuta ante un determinado comentario del paciente en sesión. Durante este fenómeno el contenido manifiesto deja de ser tal para el analista, pasa a escucharse como mero informe acerca de algún evento que interesa primordialmente a su ser social. Esta transformación se convierte en *obstáculo* que le impide el natural empleo de su atención libremente dirigida y de la respuesta emocional ideativa al contenido manifiesto. El episodio no es remisible ni a la historia ni a la neurosis infantil, por el contrario lleva a perder temporariamente la conexión consciente con el pasado. Ya no hay paciente y el material de éste con su correspondiente corolario transferencial y contratransferencial sencillamente es obliterado. Este obstáculo le impide recurrir a una de las interpretaciones privilegiadas que deshacen el nudo: la interpretación de la transferencia desde la contratransferencia. Estamos de acuerdo con que cuando consigamos transformar el obstáculo en comprensión, como lo sugiere la doctora Siquier, podrá ingresar en la teoría de la contratransferencia, ampliando recién entonces su contenido informativo. Nosotros no lo hemos podido lograr.

Como lo propone la doctora Serebriany, creemos que a mayor experiencia profesional y niveles de insight, mejor dotación para resolver estados traumáticos actuales, si bien por definición de trauma, éste requerirá de un tiempo-espacio para su catarsis y ulterior elaboración, que no corresponde al tiempo ni al ámbito de una sesión. Así coincidi-

mos con la doctora Siquier en que el "mundo superpuesto desestructura el método y ahí quedan incluidos la *desestructuración del analista*, de *la contratransferencia*, de su actitud, del encuadre y, con otras palabras, troca la atención flotante en memoria y deseo" (destacado nuestro).

Esta aclaración nos lleva a pensar que en el caso planteado por la doctora Serebriany se trataba de un trauma antiguo del analista para el cual éste, antes de ingresar en la sesión, había dispuesto del tiempo necesario y útil para su catarsis, elaboración e insight. La realidad exterior "objetiva" del paciente caía dentro de una subjetividad que por razones transferenciales le hacían inferir un daño o conflicto frente a su analista. Este no tenía el conflicto personal íntimo en *actividad ni en actualidad*: los efectos producidos por este material seguramente entraban para él dentro de la contratransferencia complementaria.

Recordemos nuevamente que nuestra hipótesis del mundo superpuesto y sus efectos se sustenta sobre la presunción de que el relato del paciente es escuchado en sentido literal, sin ser reconocido como contenido manifiesto. No provendría del paciente sino de un informante que suministra datos acerca del mundo exterior. La doctora Siquier opina que por las deformaciones que el paciente aporta a dicha realidad siempre seremos capaces de reconocer a cada paciente y singularizarlo. En esto diferimos, dado que el intento de rescatarnos forzadamente y a veces apresuradamente como terapeutas puede llevarnos a escotomizar fenómenos del mundo superpuesto evidentes, pero para los cuales el analista queda sordo. Estas deformaciones de cada paciente pueden llegar también a ser escuchadas como nuevas versiones de un mismo tema, que le ayudarían al terapeuta a formarse una opinión acerca de un determinado evento de su propio interés.

Para que un analista pueda extrapolar el conocimiento informativo literal adquirido dentro de una sesión, tendrá que haberle surgido un elemento de verdad fehaciente y no psicológica a lo que él, por su analizando, basado en la creencia de que los datos obtenidos reflejan adecuadamente un sector de la realidad sin distorsión ni transferencia. ¿Cómo podría hacerlo si su teoría no avala esta conceptualización? Para explicar el fenómeno hemos introducido la teoría del mundo superpuesto con la interrupción momentánea de la función analítica.

La doctora Siquier propone que el talón de Aquiles no sea el mundo superpuesto sino la suma del encuadre más la actitud de abstinencia por parte del analista sobre el cual recaería como flecha la realidad exterior. Por ello considera que "la realidad externa o más bien cierto sector de ésta, no está fuera de la situación analítica como ese diabólico

referente icónico, siempre elusivo que nos deja desarmados, sino que pertenece enteramente a su interioridad” y más adelante “la única realidad externa no significada en la situación analítica que irrumpe opacando el conocimiento es lo que los autores llaman el “ser social del analista”. Nosotros, por el contrario, opinamos que cuando el analista queda transformado en ese ser social y para más traumatizado, ocurre que vuelve a oír el canto de “ese diabólico referente icónico” que lo ha perseguido hasta dentro del consultorio dejándolo en efecto desarmado. En estas condiciones le es indistinto que ese referente icónico sea también representativo de la interioridad de su analizado y, en consecuencia, del proceso analítico que éste sigue desplegando.

Tal vez diríamos que el mundo superpuesto es sólo talón de Aquiles para el analista atrapado dentro de su método. Que el paciente, víctima inocente de este método, tensa la cuerda del arco y vuelve a disparar su contenido manifiesto transferencial transformado por la perturbación del analista, en nueva flecha que se superpone exactamente sobre la que aquél traía clavada antes de entrar; un doble blanco.

Nosotros esperamos que como fruto de este trabajo el analista pueda hallarse en mejores condiciones para reconocer que ha sufrido un trauma que lo remitió a su narcisismo y desestructuró su funcionar analítico. Al hacer consciente este fenómeno su respuesta podrá traducirse en un esfuerzo de conocimiento capaz de hacerlo volver al aquí y ahora.

Sólo entonces podrá redescubrir el origen del nuevo flechazo: la transferencia, y retornar a los carriles de la contratransferencia complementaria, tal vez el único camino de reingreso. Posteriormente también podrá arribar a otros niveles de conocimiento o aprendizaje en espacios deserotizados.

Convenimos que nuestra base conceptual para tomar aspectos de la teoría del conocimiento ha sido muy somera. En ese momento sólo necesitábamos destacar la presencia en sesión de un nuevo contexto de conocimiento, aquel de la realidad exterior, regido por reglas diferentes de las que nos permiten indagar en el contexto psicológico del paciente.

Compartimos especialmente las aportaciones de la doctora Serebriany en cuanto a las vicisitudes del narcisismo analítico del terapeuta. Estamos convencidos de que este capítulo merece nuevos estudios.

La doctora Serebriany se interroga acerca del espacio mental en donde es alojado el secreto del analista y lo ubica haciendo pie profundo en las raíces del ello; entonces sugiere una estructura para el secre-

to que creemos se aproximaría a nuestro concepto de protosecreto o secreto primario jamás revelado ni revelable. Puede que la condición máxima del síndrome de la pared rota comportara una vivencia fantasmática de ser bruscamente invadido por el paciente con algo nunca experimentado pero siempre temido. La vivencia siniestra de ser penetrado por un objeto invasor que súbita y públicamente pudiera darle vuelta de dentro para afuera. Un horrendo bolsillo mental que dejara de servir para esconder nada. Vivencias catastróficas que aparecen en diversas fantasías y pesadillas de analistas sugieren a veces esta impresión que por lo demás no consideraríamos privativas de la patología del analista sino que tan sólo las condiciones del encuadre y de la abstinencia propios de la profesión, facultarían selectivamente.

Pero el concepto de espacios mentales amplía y enriquece nuestras especulaciones con respecto a la dimensión temporal, como un elemento más, necesario para la elaboración de situaciones traumáticas. Es indudable que si el conflicto del analista con pared rota se dirige en el ámbito donde campea el proceso primario, sus respuestas tendrán también esa calidad.

La doctora Siquier se pregunta si hay algo más sobre los efectos y consecuencias de estos fenómenos del mundo superpuesto, tal como, por ejemplo, si estas situaciones son como los episodios psicóticos inevitables en ciertos análisis pero capaces de dejar “antiestéticos” empujamientos. O si además, estas situaciones tendrían un valor intrínseco a la manera de las situaciones de duelo (reales suponemos) en la teoría kleiniana o del dolor psíquico en la teoría bioniana para el desarrollo del conocimiento mental.

No estaríamos aún en condiciones de suponer que el mundo superpuesto tuviera un valor intrínseco en la teoría, en este caso para el conocimiento del funcionar de la situación analítica o para la psicopatología del psicoanalizar.

Sí, nos atreveríamos a decir en cambio, que este “comensalismo de piedra” es de presencia obligada en todo tratamiento analítico y que por consiguiente sería aconsejable reservarle un lugar apropiado en la cura. De no advertirse este comensalismo, el paciente, triangularizado y excluido con todo su contenido latente transferencial, terminaría por ser el auténtico convidado de piedra.

Como resumen invitaríamos a reflexionar: contenido manifiesto remite a contenido latente, a historia, a transferencia y por ende a contratransferencia, es decir a “aquí y ahora conmigo” y “yo ahora contigo”. En cambio mundos superpuestos remite a trauma, a actualidad,

a soledad o aislamiento de dos en compañía, a repetición, a rumiación y a atención selectiva acerca de todo aquello que puede ser codificado como más elementos que ayuden ilusoriamente a una abreacción, a una hipertrofia de la autoestima.

Nuevas observaciones sobre el proceso cognitivo del analista

PAULA HEIMANN

32 Eamont Court
Eamont Street
London NW8 7DG
Gran Bretaña

Publicado en J.A.P.A.,
V. 25, No. 2, 1977.

Traducción de
Noemí Rosenblatt

En los últimos tiempos el interés por la situación clínica se ha centrado cada vez más en el analista, lo que le sucede y la manera como procede. En gran parte, las reflexiones sobre este tema han estado hasta ahora limitadas a los grupos de estudio, los seminarios y, desde luego, a la supervisión de candidatos y analistas jóvenes.

La mayoría de nosotros quizás aprendemos más y, sin duda, de manera más directa, de un examen de la técnica analítica que de las formulaciones metapsicológicas eruditas. Desde luego, ambos métodos de orientar y controlar nuestra labor se complementan entre sí.

Al esclarecer nuestro propio proceso cognitivo, el principal beneficio obtenido es mejorar nuestra labor. Y, de hecho, forma parte de nuestro autoanálisis. También promovemos la comprensión entre colegas y con profesionales de campos afines y el público en general. Considero que así podremos eliminar concepciones erróneas, falsedades y cierto misticismo (el insidio-