

7. Notas sobre la interpretación

Claudio Neri y Raffaella Girelli

A los fines de lo que deseamos exponer, es útil imaginar que la noción de interpretación puede ser vista como un prisma. Esta imagen, por otra parte, capta algunos elementos de la interpretación misma. La interpretación —como hace el prisma con la luz— compone y recompone. La luz y la palabra pueden tomar diversos recorridos.

Cada uno de los siguientes párrafos contiene algunas observaciones relativas a una cara del “prisma-interpretación”, o sea, referidas a aquellos aspectos que en base a nuestra experiencia han adquirido mayor relevancia que otros. El prisma-interpretación presenta también otras caras y recorridos, que se hubieran vuelto evidentes a través de una luz distinta.

1. Contexto

Un primer aspecto que deseamos aclarar atañe a la necesidad de contextualizar el discurso sobre la interpretación. En efecto, consideramos que es una abstracción más bien distorsionante hablar de la interpretación como si la respuesta del analista fuese homogénea con todos los pacientes, en todas las situaciones clínicas y momentos del análisis.

En algunas ocasiones, se trata de establecer los puntos con precisión, asumiendo una posición de autoridad en la afirmación. En otros momentos, esta posición es absurda e inútil. Existen otros aun en los que es necesario delimitar el campo. Y, finalmente, existen momentos en los que el discurso analítico se asemeja más bien a una conversación.

La idea de interpretación que advertimos correspondiente a nuestra práctica está lejos de la de una “técnica/procedimiento estándar” y cercana a la de una forma de entrar en el discurso por parte del analista que toma forma cada vez con ese determinado paciente.

Desde nuestro ángulo de análisis, hablar de la interpretación significa en primer lugar caracterizar la disposición del trabajo analítico.

2. Paradoja

El trabajo analítico se caracteriza por dos exigencias:

a) por un lado, se trata de reconocer y volver frecuentemente a examinar las modalidades de relación del paciente que son "invariantes" y que le causan sufrimiento;

b) por el otro, de permitir y seguir el curso de las asociaciones libres.¹

En el momento en que el analista está demasiado interesado en obtener cambios terapéuticos, en efecto, el proceso asociativo sufre alguna detención (Corrao, 1997, 1997a).

Al contrario, si el analista no regresa frecuentemente a poner en evidencia los clisés, estas modalidades invariantes, existe el riesgo de dispersión y divagación (Freud, 1911-12).

La función peculiar del trabajo analítico de transformación no puede ser activada asumiendo aisladamente uno de los dos factores. Ambos son fundamentales y a la vez contradictorios entre sí. Por lo tanto, es necesario tolerar, apreciar y poner a trabajar lo paradójico de la actitud analítica.

3. Relación transferencia \longleftrightarrow contratransferencia *versus* tránsitos inconsciente \longleftrightarrow preconscious \longleftrightarrow conscious

El foco de la atención del analista puede centrarse en la relación "transferencia \longleftrightarrow contratransferencia" o en los tránsitos "inconsciente \longleftrightarrow preconscious \longleftrightarrow conciencia" (Bollas, 2003).

Desde hace algunos decenios, la relación transferencia \longleftrightarrow

1 Con el nombre modalidad de relación "invariante", nos referimos a esos esquemas de relación que, más o menos funcionalmente, el paciente adopta al ponerse en relación con las figuras afectivamente significativas.

contratransferencia ha recibido notable atención en los planos clínico y teórico, asumiendo un papel fundante para el campo analítico. Si esto indudablemente ha enriquecido la perspectiva de análisis en sesión y fuera de la sesión, en algunos casos se ha propuesto, tal vez, una concepción de la misma relación un poco demasiado ampliada (Bezoari, 2002).

En nuestra opinión, la atención del analista a la relación transferencia-contratransferencia debe mantenerse preferentemente como marco respecto de la atención que les presta, en cambio, a los tránsitos “inconsciente <—> preconsciente <—> conciencia”. Se trata de obtener ventaja del intercambio entre los diversos niveles de experiencia, en términos de contacto, flexibilidad y vitalización.

Centrar el interés en la relación entre los tres niveles pone en evidencia la función del analista como “co-pensador” (Neri, 1995). Según esta perspectiva, en los términos de teoría de la técnica, no se trata de establecer cuándo/cómo asociar (paciente) y cuándo/cómo interpretar (analista), sino de crear las condiciones para que el proceso circular entre asociación e interpretación (del paciente y del analista) pueda ser y mantenerse activo.

4. Significado

El desciframiento de los significados —otro aspecto de la interpretación— está concebido por nosotros como una actividad ligada y que sigue el pensamiento asociativo: escuchando y hablando con el paciente, surgen fantasías, pensamientos, intuiciones que atañen a la naturaleza de la situación y de la emoción correspondiente.

El paciente siempre tiene mucha dificultad para hablar de sí mismo y de sus vivencias. En el curso de una sesión, le cuenta al analista (C. Neri), de manera muy detallada y precisa, que para lavar los platos es mejor utilizar agua tibia en lugar de caliente, contrariamente a lo que habitualmente se cree. El proceso químico del detergente es activo a una temperatura medio-baja; si la temperatura del agua es elevada, puede llegar a formarse sobre la vajilla una pátina difícil de quitar.

El analista sigue con atención, interviene discursivamente y hace algunas preguntas acerca de la cuestión de los platos, de las sustancias para limpiarlos, etc.

Después de la sesión, el discurso del paciente vuelve a la mente del analista; le parece claro que las palabras del paciente sobre la temperatura del agua se referían también a la forma en que él respondía a las palabras del analista, cuando éstas eran demasiado “cálidas”.

El analista no hizo explícita esta idea en el curso de la sesión posterior. Sin embargo, la consideró un “nudo” para tener en cuenta en el futuro desarrollo del trabajo analítico.

5. Monitoreo

Como fue señalado más arriba, una característica peculiar del diálogo analítico es el monitoreo, por parte del analista, de “modalidades de relación del paciente que son invariantes”, clichés, “nudos” que de ese modo no se evitarán, pero por lo menos quedarán registrados en el discurso; no necesariamente forzados a través de una prematura interpretación de sentido, sino registrados.

Esta función de monitoreo se explica en algo muy semejante a lo que E. M. Izzo define como interpretación circular. Basándose en la vivencia del paciente respecto de la intervención interpretativa del analista, distingue las interpretaciones en lineales y circulares. Las primeras son vividas como una ascética traducción de contenidos inconscientes, basada en códigos teóricos, que develan lo que el paciente “querría poner en común para jugar y crear juntos”. Las segundas comunican simplemente que paciente y analista están juntos para “compartir y construir algo que el analista mantiene para sí, esperando el momento justo para dejar que el paciente lo realice” (2001, p. 274).

6. Responsabilidad

Ahora centramos nuestro discurso mayormente en algunas características del analista trabajando y en la capacidad de escucha.

En algunas ocasiones, aparece la siguiente pregunta en la mente del analista: “Al final de esta sesión, ¿a qué conclusión hemos llegado?” Esta pregunta, por lo general, es más repre-

sentativa del punto de vista del analista que del punto de vista del paciente. Las palabras que el analista dice, que con el tiempo se revelan significativas para el paciente, son pocas y, en general, no particularmente evidentes en términos de expresión intelectual.

Resulta eficaz una anécdota referida por D. Chianese (1997, p. 64):

Un paciente que visita a su analista, algunos años después de la conclusión de su análisis: "Sabe, doctor, si tuviera que contar a alguien lo que hicimos todos esos años... cuatro veces por semana... qué cosas descubrimos, realmente no sabría qué decir. Todas esas historias... No se ofenda, pero pensé en eso muchas veces... no me acuerdo prácticamente nada de aquellos diálogos... Y sin embargo me había entusiasmado tanto y me parecían tan importantes... Pero tengo un buen recuerdo de usted, recuerdo que fue una experiencia un poco especial, recuerdo que me ayudó y también sé que mi vida cambió pero no sabría por qué."

Consideramos que el analista debe asumir la responsabilidad de ser una persona importante para el paciente y, por lo tanto, ser consciente del hecho de que el paciente le relate sus experiencias, adquiere para él un carácter significativo y crucial. Un suceso, por el hecho mismo de ser relatado, vivido, compartido, adquiere valor. El hecho de que el analista le dedique atención a las cosas relatadas es ya de por sí importante para el paciente.

7. Permitir que algo surja según sus propias características

Para expresar una propiedad ulterior de la disposición mental del analista que trabaja, nos valdremos de la contribución de los dos siguientes autores: Bion (1970) puso el acento en la necesidad de perdurar en un estado de ánimo, dejar que un estado de ánimo exista sin caer en la ansiedad de otorgarle un sentido o una forma.

F. Bacon (1981) habla de la lucha en la que el pintor se debe trabar para que el sentir no sea entrampado en una forma estándar, en lo que define como una imagen ilustrativa. Dice Ba-

con: “[En algunas ocasiones] tomaría el pincel y haría cualquier cosa para no recaer en la fórmula de una imagen ilustrativa. En esos momentos estoy dispuesto a todo: borro con el trapo o tomo el pincel y anulo lo que acabo de pintar, le paso aguarrás por encima, le pinto alguna otra cosa encima... Todo, a fin de romper la articulación racional de la imagen, a condición de que ésta crezca espontáneamente, es decir, según su propia estructura y no la que yo le impongo.”

8. Un espacio común y compartido

Parte del trabajo de escucha del analista consiste en la apertura de una zona de participación entre analista y paciente en la que encontrarse repetidamente.

Recuerdo (C. Neri) que, en ciertos momentos, se activa (en mí o entre determinado paciente y yo) una especie de barrera magnética que mantiene a distancia las emociones. Esta activación provoca una reacción en el paciente, que se extravía, se vuelve logorreico o, al contrario, se cierra. Yo mismo me canso por el esfuerzo inconsciente de mantener activa la barrera. Si renuncio momentáneamente a entender y a darle forma a lo que está sucediendo y me acerco, me siento mejor. Me vuelvo más interesado. Acepto con gusto compartir cualquier tema y cualquier condición mental.

También esta mayor cercanía, que produce alivio, dura poco sin embargo. Yo y la persona con la que estoy relacionado debemos intentar otra vez y otra, hasta que nos volvamos capaces de soportar la implicación emotiva en mayor medida, aun continuando con el trabajo como analista y como paciente.²

Cuando un acercamiento suscita una respuesta anestésica por parte del paciente o una respuesta tempestuosa, violenta y contradictoria que tiende a anular al analista como persona que existe con sus propios sentimientos e ideas, no se trata tanto de acercarse a la zona traumática, sino de crear una zona de participación que le permita al paciente expresar (con cierta seguridad) necesidades y fantasías.

² La ilustración ya ha sido presentada en Neri (2003).

9. Dejar fluir

Otro aspecto de la escucha del analista, propedéutico de cualquier intervención y, en particular, de la intervención interpretativa, es el que podríamos definir como capacidad de “dejar fluir”. Queremos decir: dejar fluir el deseo, el pensamiento, las asociaciones libres.

El colega que discute conmigo (C. Neri) algunos aspectos de su trabajo me cuenta de una mujer joven que está en análisis con él y que es una experta jinete. El entrenador de la paciente, durante un entrenamiento, puso en evidencia que, cuando ella está por saltar un obstáculo particularmente alto o largo, tiende a “anticiparse”; en otras palabras, tiende a “talonear” al caballo demasiado pronto. El caballo, que comienza a saltar partiendo de una distancia mayor de lo necesario, a menudo derriba el obstáculo.

Yo le llamo la atención al colega sobre un pequeño momento de suspensión, placer y calma que podría existir pero que no existe aún, antes de la acción, y también entre una acción y otra.

El colega entiende al vuelo: “Pero esto es lo que hacen los grandes campeones.”

Él mismo ha sido campeón olímpico de canotaje. Después de una remada y antes de la siguiente (el ritmo puede ser de 40 y también de 60 remadas por minuto), los grandes campeones de canotaje logran suspender activamente la acción. No dan contragolpes volviendo hacia atrás con el carro. La suspensión de la acción hace correr velozmente la barca en el agua.

10. Autenticidad

Todos los aspectos de la interpretación que hemos intentado poner de relieve presuponen la autenticidad.

Si en la situación terapéutica no existe autenticidad, lo que se dice suena chato, no logra establecer un contacto afectivo y de conocimiento. Sin embargo, si el analista no se hace cargo de la respuesta emocional y afectiva de la persona que está en relación con él, al decir la “verdad” puede causar una herida.

Decir la verdad desnuda y cruda puede presentarse como

expresión de superioridad moral. Edipo, cuando busca la verdad a cualquier precio, obligando a Tiresias, es arrogante. Es arrogante quien piensa que puede obtener y poseer la verdad.

Decir la verdad puede ser urticante, no porque se diga la verdad, sino porque no cuida la sensibilidad de la persona que está allí con nosotros, como si no fuese relevante la forma en que el otro responde ante la verdad.

Borges ilumina un aspecto de este entrelazamiento cuando escribe: "Antes de curar la herida, es necesario curar el cuchillo."

Bibliografía

- Bacon, F. (1981): *La brutalità delle cose. Conversazioni con David Sylvester*, Roma, Fondo Pier Paolo Pasolini.
- Bezoari, M. (2002): "La nevrosi di transfert come funzione del campo analitico", *Rivista di Psicoanalisi*, XLVIII.
- Bion, W. R. (1970): *Attenzione e interpretazione*, Roma, Armando, 1973. (Hay versión castellana: *Atención e interpretación*. Buenos Aires, Paidós.)
- Bollas, C. (2003): discusión en el Centro de Psicoanálisis Romano acerca de un caso presentado por la Dra. Paola Marion (inédito).
- Chianese, D. (1997): *Costruzioni e campo analitico*, Roma, Borla. (Hay versión castellana: *Construcciones y campo analítico*, Buenos Aires, Lumen, 2004.)
- Corrao, F. (1997): "Contributi alla psicoanalisi di gruppo", en *Orme*, vol. II, Milán, Cortina.
- Freud, S. (1911-1912): "Tecnica della psicoanalisi", en *Opere*, vol. VI, Turín, Bollati Boringhieri, 1967. (Hay versión castellana en el tomo 12 de las *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu.)
- Izzo, E. M. (2001): "Agire, interpretare, comunicare", *Rivista di Psicoanalisi*, XLVII, pp. 265-282.
- Neri, C. (1995): *Gruppo*, Roma, Borla.
- Neri, C. (2000): "Presentazione", en S. Marinelli: *Sentire. Saggi di psicoanalisi clinica*, Roma, Borla.
- Neri, C. (2003): "Introduzione", en L. Ambrosiano y E. Gaburri: *Ululare con i lupi: Conformismo e reverie*, Turín, Bollati Boringhieri. (Hay versión castellana: *Aullar con los lobos. Conformismo y rêverie*, Buenos Aires, Lumen, 2005.)