

La interpretación: ¿hecho seleccionado o idea sobrevalorada?*

Ronald Britton y John Steiner

A medida que escuchamos a nuestros pacientes en análisis y tratamos de entender el significado de lo que está sucediendo, es habitual encontrar una asombrosa variedad de impresiones que compiten por nuestra atención. La incertidumbre y la confusión resultantes son a menudo difíciles de soportar y la presión para reducir la incertidumbre puede influenciar al paciente y al analista para buscar un medio de integrar o limitar las impresiones con el fin de crear un todo significativo. A veces la situación se altera por la emergencia de una observación que vincula hechos dispares. Tal observación que a menudo marca una conjunción constante –por ejemplo, que un paciente siempre llega tarde viernes o regularmente se pone excitado y triunfante toda vez que el analista comete un error– se convertirá por sí misma en un hecho clínico. Creemos que es este tipo de observación vinculante la que Bion tenía en mente al desarrollar el concepto de “hecho seleccionado”.

Bion sugirió que la organización de los pensamientos acerca del paciente en la mente del analista se asemeja al proceso descrito por Poincaré en su *Ciencia y método*. Este proceso comienza con un hecho, en medio de una acumulación de hechos, que cautiva la atención del científico de manera tal que todos los demás desembocan en un patrón (*pattern*) o *configuración* en virtud de su relación con este *hecho seleccionado*. Bion adoptó este término porque creyó que un proceso similar se llevaba a cabo en la mente del analista y al

* Britton, R.; Steiner, J. “Interpretation: Selected fact or overvalued idea?”, en *Int. J. Psychoanal.* 1994, 75: 1069-78. © Institute of Psychoanalysis.

revisar sus primeros trabajos de su libro *Volviendo a pensar* (1967), lo describió de la siguiente manera. Había en el pensamiento del analista, escribe:

“... una ‘evolución’, vale decir la conjunción, por medio de una súbita intuición que se precipita, de una masa de fenómenos incoherentes aparentemente sin relación a los que entonces se les otorga una coherencia y un significado que no se poseían previamente...”

Del material que el paciente produce, emerge, como la figura de un caleidoscopio, una configuración que parece pertenecer no sólo a la situación que se desarrolla, sino a una cantidad de otras que no se veían conectadas previamente, y que no había estado destinada a conectar”. (Bion, 1967, p. 127)

En el ejemplo clínico de Bion, el paciente hacía afirmaciones tales como “Pensaba hablar con el Sr. X. y decirle que etc., etc.”, cuando un día la atención de Bion quedó capturada por una observación, a saber, “alguna peculiaridad del fraseo o tal vez era el carácter un tanto improbable del comentario”. Esto lo llevó a preguntarle al paciente si había dicho realmente la frase referida, a lo que replicó, “Ah no, sólo la estoy imaginando”. La conjunción constante entre la frase “Pensaba hablarle a ... etc.” y la observación particular que cautivó al analista se convirtió en el hecho seleccionado que le permitió a Bion formular la hipótesis que “no se estaba haciendo una clara distinción entre lo real y lo imaginario”.

En circunstancias favorables, el paciente y el analista habrán desarrollado suficiente confianza en el encuadre para permitirse un grado de tolerancia a: “Las incertidumbres, los misterios y las dudas” (Bion, 1970, p. 125) y el nuevo hecho puede emerger como centro de una hipótesis que puede permitir que elementos dispares en el paciente se integren en la mente del analista. El sentimiento de integración que surge como resultado llevó a Bion a sugerir: “Esta experiencia se asemeja al fenómeno de la transformación de la posición esquizo-paranoide a la posición depresiva”. Esta integración tiene lugar en la mente del analista, pero si puede formular sus pensamientos en una interpretación, es capaz de examinar hasta qué punto el paciente siente que el analista lo comprende o por lo menos está tratando de comprenderlo.

Las descripciones de Bion pueden, sin embargo, ser engañosas, a

no ser que se reconozca que una observación que en cierto momento puede ser convincente para el analista y aun, tal vez, para el paciente, a menudo es inexacta y a veces equivocada. Entre tales errores, algunos están determinados por las necesidades defensivas del analista y nos referimos a este tipo de falso *insight* como *idea sobrevalorada*. El percatarse de la posibilidad que un *insight* pueda ser una idea sobrevalorada ayuda a alertar al analista acerca de la necesidad de sostener la duda y examinar el material clínico subsiguiente para evaluar su comprensión. Al mismo tiempo es evidentemente importante que el analista interprete con convicción, de manera que su capacidad de dudar debe existir junto a su predisposición de comprometerse con un punto de vista que parece correcto en ese momento, y empero estar dispuesto a dejar de lado su punto de vista si la evidencia subsiguiente lo demanda. La experiencia de un momento de *insight* o de descubrimiento puede dar lugar a un sentimiento de entusiasmo y de logro en el analista, pero, en nuestra experiencia, la interpretación una vez expresada suele perder algo de su convicción, y la importancia de la duda, la culpa y otros sentimientos asociados con la posición depresiva forman una parte inevitable de la experiencia. Nos parece probable que tanto el logro de un sentimiento de convicción como el examen de esta convicción en calidad de hipótesis, son parte del proceso de la interpretación, y que la evaluación y la formulación no pueden separarse de manera útil.

Por lo tanto discutiremos la emergencia del *hecho seleccionado*, al que vemos como una integración creativa de hechos dispares en un patrón significativo, y lo contrastaremos con un fenómeno alternativo, a saber, la emergencia de una *idea sobrevalorada*, la que similarmente el analista puede utilizar para dar un sentido de integración a lo que de otra forma serían experiencias dispares y confusas. En el caso de una *idea sobrevalorada*, la integración es espuria y resulta de los hechos forzados a encajar en una hipótesis o una teoría que el analista necesita para propósitos defensivos.

Aunque el analista pueda sospechar sobre su propia formulación, especialmente si reconoce que una *idea sobrevalorada*, es más probable que se encuentre cuando no se puede contener adecuadamente la incertidumbre, creemos que generalmente no es posible distinguir entre estas dos fuentes de integración en el momento de formular una interpretación, ya que cada proceso puede llevar a una convicción de significado. La distinción sólo puede hacerse a través de una evaluación del valor de la interpretación tal como responde a

ella el paciente en el curso de la sesión y mientras es repetida a lo largo de los meses y años del análisis. Desde nuestro punto de vista, la distinción entre el uso creativo del *hecho seleccionado* y *uno delirante* que sostiene una *idea sobrevalorada* puede ser pequeño en el momento de la formulación, pero se vuelve crucial en los acontecimientos que siguen a la verbalización de una interpretación.

Es en parte debido a esto que creemos que un aspecto esencial del trabajo de la interpretación tiene lugar después de que ha sido dada. Entonces se vuelve importante escuchar al paciente y tomar en cuenta su reacción a lo que se dijo. Por cierto la evaluación de las interpretaciones está tan íntimamente conectada con su formulación, que creemos que no puede separarse de la misma y un analista experimentado continuamente monitorea el efecto que tienen sus palabras, como un violinista que inclina el oído hacia su instrumento para asegurarse que la entonación es correcta.

PRIMER PACIENTE

Trataremos de ilustrar esto con un material clínico de una joven mujer de un país católico, quien había tenido una crianza agnóstica y era escritora de cierto éxito y con futuro. Tenía un hermano menor. Elegimos este material, porque aunque tiene algunos años, las notas se tomaron inmediatamente después de la sesión y los desarrollos subsiguientes en el análisis y en la vida de la paciente proporcionan un grado razonable de confianza de que la selección de la interpretación en esta sesión fue apropiada cuando se hizo.

A esta altura, la Sra. X. había estado en análisis durante varios años y se había casado con un católico como ella, también agnóstico, después de dos años. En un comienzo ella era activamente bisexual, dada a la intelectualización, a la identificación proyectiva ávida y a un generalizado sentimiento de irrealidad. Esto cambió después de unos años de análisis, empezando con un “colapso”. Luego de este período muy perturbado, a lo largo del cual estaba intensamente involucrada en la transferencia de un modo nuevo, hubo una buena recuperación sintomática y mayor *insight*, pero surgió un patrón característico de reacción terapéutica negativa. En el momento de este material clínico se había encaminado en forma positiva y nueva en el análisis y en su vida, pero estaba “volviendo para atrás” otra vez con viejas ideas, síntomas y descontento con su trabajo.

La Sra. X. comenzó la sesión quejándose que me había retrasado medio minuto y prosiguió describiéndose con el sentimiento de haber sido cruelmente expulsada al final de la sesión anterior. Después de una breve pausa me contó un sueño:

Estaba en la cima de una montaña. Al lado de ella, también en la punta, había un hongo gigantesco. Tenía miedo de ser empujada pero también estaba pegada ahí. Su marido le dijo con paciencia de algún lugar más allá de la cima: “¡Vamos! Tenemos que seguir para llegar allá”. Ella entonces añadió “*El* debe haber estado en una pendiente hacia abajo”.

Sus asociaciones inmediatas fueron de irritación con su padre porque siempre traía grandes canastas con verduras y frutas, y después de una pausa, comentó del paciente cuya sesión seguía a la de ella, como más privilegiado porque sospechaba que se estaba entrenando para ser analista. El ítem (hecho seleccionado) que tomó por completo mi atención fue la noción de que para “seguir”, ella tenía que ir hacia abajo por “la pendiente”. Lo tomé como queriendo decir que cualquier progreso significaba para ella “bajar” de su posición imaginaria de privilegio actual, en la “cima de la montaña”. El resto de mi pensamiento se organizó alrededor de esta noción.

Los pensamientos que ya se habían acumulado en mi mente desde el momento que la serené, consistían en ideas fragmentarias acerca de su envidia, mi satisfacción por su relativa recuperación de una severa depresión, mi reconocimiento de sus celos hacia otros pacientes y hacia su hermano, y una teoría que yo tenía de su identificación con su padre algo grandioso. Mientras la escuchaba en la sesión, añadí a estas ideas en forma casi automática, mi traducción del simbolismo en el sueño y mi percepción de sus sentimientos de rencor. Mi propio sentimiento contratransferencial consciente estaba bien representado en el sueño por el impaciente “¡Vamos! Tenemos que seguir para llegar allá” del marido. Una vez que mi atención fue atrapada por la noción que ella creía que cualquier progreso significaba su descenso por la pendiente, estos pensamientos acumulados al azar se organizaron alrededor de esta idea y en mi mente surgió una configuración. Esta era que ella creía que renunciar al pezón no era destetarse, es decir, seguir hacia adelante y desarrollarse, sino ser expulsada y desplazada por un pene hongo. Por lo tanto, si ella tenía, o era, el pene, ella tendría la posesión permanente del pecho. Esto significaba simular el pene o la posesión del mismo.

Todo esto estaba expresado concretamente en su mente en términos de “ser analista”. Si ella pudiera renunciar a este lugar ilusorio en la cima, entonces podría progresar, pero esto, de acuerdo a como ella lo veía, estaba en la pendiente hacia abajo.

Mi interpretación fue: “Se siente expulsada y degradada por mí porque no puede ser como yo”. Respondió concordando vehementemente y añadió, “¡Pero si es así! y estoy segura que será así para siempre”. Fue sólo después que esto quedó bien establecido en la sesión como su punto de vista, que completé mi interpretación, agregando que cuando se dio cuenta que aceptar una interpretación no la convertía en analista, era *insight* y movimiento hacia adelante, pero que lo sentía como yendo hacia abajo por una pendiente resbaladiza hacia una posición inferior.

Respondió que una vez más tenía la sensación de algo irritante entrándole en el ojo. Le comenté que ella veía lo que le quería decir y esto la irritaba. “¡Estoy furiosa de que usted sea quien es y yo sea quien soy!” dijo. “Puedo sentir esa irritación que comienza en el clítoris otra vez y pensaba acerca de la crema” (esta sensación genital había formado parte de un complejo de síntomas, delirios hipocondríacos y la adopción de un tubo de “crema” como fetiche, que no se aplicaba pero llevaba a todos lados para reasegurarla contra el pánico). Le comenté que estaba muy irritada al descubrir que tenía un clítoris y no un pene, y que ella pensaba que si hacía mi trabajo, sentiría como si tuviera uno. Después de un corto silencio, me dijo que había tomado nuevas responsabilidades editoriales en relación a una revista para la que escribía y le resultaban pesadas e inadecuadas. Sabía que debía renunciar a estas tareas, pero sentía que mientras las tenía era la que estaba a cargo y controlando todo.

DISCUSION

Volviendo al material, dos cosas me llaman la atención. Una es que el *hecho seleccionado* no sólo me orientó sino que me mantuvo cerca del pensamiento de la paciente cuando, si hubiera seguido el material más al azar, me habría enganchado haciendo interpretaciones simbólicas con el propósito de demostrar representaciones inconscientes. Por ejemplo, en algunos momentos en el pasado me había interesado por mostrar que los diferentes elementos en sus sueños correspondían a elementos de mi carácter y función, tales

como el pecho conectado con la alimentación y el pene con la ambición. Esto acarrearía el riesgo de introducir ideas *sobrevaloradas* más predeterminadas y vinculadas a objetos-parciales emblemáticos tales como “pecho” o “pene”. La segunda cosa que me llama la atención es la comunicatividad inconsciente de la paciente y la aptitud para aceptar y responder a las interpretaciones, no obstante con afectos negativos. Es para mí más evidente ahora que el modo por el cual seleccioné el elemento del sueño a la atención, fue por identificación con la figura del marido en el sueño, que creo que me representaba y que también podía ser visto como hablando por una parte de ella. Esta identificación inconsciente guió mi orientación psíquica que creo que en esta instancia condujo a una genuina comprensión. Pienso que esto fue en sí mismo una consecuencia de que la paciente estuviera comunicativa en ese momento. Esto contrasta mucho con otros períodos de su análisis en los que similares identificaciones inconscientes nos llevaban a un impasse o a una connivencia inconsciente. Estas repeticiones o connivencias transferenceales se construían alrededor de una idea *sobrevalorada* que se representaba como un *hecho seleccionado*.

Una “súbita intuición que se precipita” en el analista puede ser el presagio del *insight*; sin embargo, su aparición puede asemejarse también al surgimiento de la convicción delirante. La diferencia entre el uso creativo de un hecho seleccionado y la cristalización de una *idea sobrevalorada* puede no ser inmediatamente evidente. Sería arrogante, por parte del analista, suponer que es inmune a los procesos inconscientes que llevan a la emergencia de una *idea sobrevalorada* disfrazada de *insight* intuitivo. Por lo tanto, es imperativo que el trabajo continúe después de formular la interpretación. Entonces se vuelve de importancia crucial escuchar al paciente para estar atento a sus reacciones conscientes e inconscientes a lo que el analista le ha dicho.

En esta instancia, la paciente reaccionó a la interpretación con irritación. No se sintió apaleada por ella ni se enojó, ni como resultado rechazó la interpretación; por el contrario le pareció correcta y muy irritante. Que experimente esta irritación en términos corporales sugiere una falla en la simbolización y esto podría haberse convertido en un *hecho seleccionado* alternativo para una línea de interpretación, si hubiese llevado a un sentimiento de integración en la mente del analista. En esta ocasión, esta observación no se prosiguió y desde mi punto de vista no era suficientemente central en

relación a lo que en aquel momento le preocupaba. Primero, tenía que manejarse con la idea que abandonar algo que valoraba, podía ser progreso y, si bien quedó irritada por ello, podía verse como un renunciamiento que conducía a algún lado, de manera que podía descender la pendiente con su marido y con el analista, sin sentir que la llevaba a una catástrofe.

La reacción de irritación de la paciente creó problemas para el analista. Tenía que contener su decepción de que la interpretación no fuese más apreciada y también la culpa de que su trabajo había llevado a tal dolor. Se sentía presionado a decir algo consolador, lo que podría haber llevado a una evitación de la realidad psíquica de que la interpretación no era bien recibida. No era inusual que la paciente idealizara al analista y en su fantasía lo prefiriera al marido y esto le permitiría librarse de la comprensión que estaba representada por *el insight* verdadero pero irritante del marido, que tenía que seguir para progresar.

Tenemos que recordar que esta sesión tuvo lugar después de varios años de análisis en los que se trabajó mucho, y después de que se negociara y se luchara con muchas confrontaciones similares. En etapas más tempranas, este tipo de interpretación era probable que no sólo diera lugar a la irritación, sino a reacciones mucho más extremas, tomando a veces la forma de una aniquilación de la interpretación y otras veces a una sumisión vacía de sentido.

Freud señala la dificultad de evaluar y validar una construcción, enfatizando que nuestras formulaciones no son más que hipótesis que necesitan ser examinadas en el material que les sigue. Escribe:

“Sólo el curso ulterior del análisis nos permite decidir si nuestras construcciones son correctas o no sirven. No pretendemos que una construcción individual sea más que una conjetura que espera el examen, la confirmación o el rechazo. No reclamamos ninguna autoridad para ello, no requerimos un acuerdo directo del paciente, ni discutimos con él si al comienzo la niega. En suma, nos conducimos según el modelo de la figura familiar de una de las farsas de Nestoy [*Der Zerissene*]—el sirviente que tiene una sola respuesta en sus labios a toda pregunta u objeción: “Todo se aclarará en el curso de los futuros acontecimientos”. (Freud, 1937, p. 265)

Lo mismo es verdad para todas las interpretaciones, tanto si se

consideran como construcciones o no. La importancia del analista de mantener la mente abierta sobre la corrección o no de su interpretación hace tiempo que se reconoce, pero se requiere que esté incluida en un patrón normal de evaluación que forma parte del acto de interpretar. Sin embargo, también tiene que reconocerse que puede ser muy difícil saber cómo comprender la reacción del paciente en términos de lo que dice sobre el valor o no de la interpretación. El acuerdo con el analista puede ser expresión de sumisión y el desacuerdo una protesta acerca de un darse cuenta correcto pero doloroso o provocativo. El trabajo sutil y a veces prolongado, que se requiere para determinar esto, junto a alguna comprensión de por qué esta respuesta caracteriza este momento en este paciente, es la esencia del análisis como tratamos de practicarlo.

Mucho depende del espíritu con que se haga. Si el analista ofrece la interpretación y el paciente la toma como una hipótesis que se le pide que considere, es probable que se desarrolle una atmósfera de investigación. Muy frecuentemente éste no es el caso, y entonces hay que intentar comprender los obstáculos para lograrla. Puede deberse a factores en el paciente, o en el analista, o (como sucede a menudo) en la interacción de los dos, como actuación de una relación de objeto inconsciente patológica. Esta última posibilidad puede convertirse en un área fructífera para el reclamo de una situación latente hasta entonces no reconocida, si el analista puede formular la interacción paciente-analista en palabras y comunicárselas al paciente; si, no obstante, permanece sin ser reconocida, llevará a un impasse.

Tal vez la situación más devastadora y traumática surge cuando el paciente siente que el analista lo coacciona con interpretaciones equivocadas de una manera que no permite dudas, como si sometiera al paciente a un adoctrinamiento o lavado de cerebro. Esto puede vincularse a una convicción delirante por parte del analista que se conecta con la naturaleza autóctona de su mal uso del *hecho seleccionado* para mantener su visión particular del mundo.

Shengold (1989) describió tales eventualidades como “asesinato del alma”, vinculándolo con Schreher que también usó este término y con el héroe de Orwell, Winston, en *1984*. Es particularmente relevante en la experiencia de niños traumáticamente abusados y es a menudo en estos casos que se desarrolla esa situación analítica como una reacción contratransferencial no característica en el analista. En algunos pacientes, cuando un sentimiento de violación es seguido por el rechazo del analista a escuchar, puede aparecer un

retiro hacia la desesperanza o un alejamiento con rabia. Es aún más difícil cuando se convierte en la base de una perversión con una sumisión masoquista por parte del paciente.

Esta situación también puede surgir cuando la interpretación original del analista es experimentada como “asesinato del alma”, debido a factores que operan en el paciente en ese momento, aunque esté formulada a modo de pregunta por parte del analista. Esto puede suceder cuando el paciente sin saberlo está operando con una “modalidad de acción” y cree que el analista también lo está haciendo. En tales circunstancias, el analista primero necesita clarificar cómo ve el paciente su participación e interpretar esto antes de que se pueda hacer el trabajo analítico ulterior para explorar las razones por las cuales el paciente la experimenta en forma tan persecutoria (Steiner, 1993). En otros casos, intensas acciones y reacciones, transferenciales y contratransferenciales, sólo pueden recuperarse para la comprensión en la mente del analista y su interpretación tendrá que permanecer sin ser dicha por el momento. Esto, sin embargo, está al servicio de un propósito esencial, aun cuando no sirva más que para proteger al analista de la participación activa en una actuación inconsciente y no lo libere todavía del lugar que ocupa en la percepción que el paciente tiene de la situación (Britton, 1989).

Hemos descrito dos situaciones: una óptima, donde existen las condiciones necesarias para que la interpretación sea experimentada como una hipótesis presentada por el analista; y la otra donde todas las intervenciones son experimentadas como acciones. También existe una tercera posibilidad, en la cual se realiza un uso perverso o digno de veneración de la interpretación. En algunos análisis una interpretación puede usarse como una doctrina religiosa, o como fetiche, o como instrumento para la utilización en una relación sado-masoquista que se trata de conseguir. En esta última categoría una interpretación que encapsula una *idea sobrevalorada* del analista sería particularmente bien recibida por un paciente que busca el malentendido como satisfacción masoquista.

¿Cómo es posible, cuando el analista piensa que entiende algo, distinguir entre el descubrimiento útil de una formulación y una *idea sobrevalorada*, que el paciente entonces es presionado a aceptar? Un ejemplo de una situación clínica en la que el analista parece usar una *idea sobrevalorada* nos ayudará a considerar esto.

SEGUNDO PACIENTE

El paciente, el Sr. B., era un lingüista y traductor muy obsesivo que llenaba muchas de sus sesiones con relatos detallados de la forma en que lo culpaban por varios fracasos en sus relaciones y en el trabajo. Un día comenzó describiendo cómo había sido atacado por su novia por haberse comprado un traje impulsivamente. Se sintió culpable porque no la había llevado con él, lo que se debió, según explicaba, a que era el último día de una liquidación, y por lo tanto le había sido imposible arreglar un horario que a ella le conviniera.

Le interpreté que parecía tener grandes dificultades en *esperar* (*waiting*), de manera que al actuar impulsivamente lo ayudaba evitando *esperar*. Me preguntó si había dicho *waking* (despertar) o *waiting* (esperar). Observé este malentendido y continué sugiriendo que su preocupación con ataques y persecuciones le servía para ocupar su mente mientras *esperaba*. Agregué que había algo anal en la forma que controlaba los objetos durante la *espera* (*waiting*) y vinculé esto con su preocupación con el dinero.

El paciente respondió describiendo un incidente unos días antes, cuando esperaba a su novia arriba en el teatro. Estaba seguro que llegaría tarde y dudaba si vendría después de su rabia con él por el traje, pero resultó que en realidad ella lo estaba esperando abajo en el bar.

Ya me había sentido incómodo con mi interpretación. Primero, tuvo que preguntar si era *waking* (despertar) o *waiting* (esperar), de manera que era probable que no estuviera en su mente; segundo, sonaba teórica y forzada, especialmente mi referencia a la analidad sin ningún material anal; y finalmente yo sabía que me había interesado un libro que yo estaba leyendo, que trataba la espera en forma detallada.

Entonces dije: “Creo que está comentando mi interpretación. Le parece sentir que estamos en lugares diferentes. Mi interpretación no llegó donde usted estaba y tal vez sintió que era algo que me preocupaba a mí, por lo cual lo hace sospechar”.

El paciente respondió que no estaba seguro, pero que creía que yo estaba indicando un área importante. Es cierto que tenía grandes dificultades para esperar pero también grandes problemas para iniciar una acción.

Quedé bastante inseguro de si habíamos hecho algún contacto útil

o no, y no me convenció su interés respecto a la cuestión de la espera, que podría haber representado su deseo de aplacarme o apaciguarme, como lo hacía habitualmente.

Al día siguiente, comenzó diciendo que quería volver al tema de la espera y comenzó con una descripción muy elaborada de su forma de obtener satisfacción de la espera. Después de una pausa, dijo: “¿Enganché con el significado adecuadamente?”, y luego continuó sugiriendo que la satisfacción de aferrarse al tiempo era como aferrarse al dinero. Supuso que las dos cosas eran muy anales. Tal vez estaba reteniendo cosas. Había problemas en la oficina que surgían del hecho que podía hacerse cargo de proyectos cortos, pero los grandes, en las áreas más importantes se retrasaban en la medida que hacía preparaciones interminables.

Interpreté que el paciente todavía no estaba seguro si yo estaba en el lugar correcto cuando planteé la cuestión de la espera el día anterior. En ese momento era difícil de decir, porque parecía haber enganchado con mi idea. Parecía aferrarse a ella como a una cuerda salvavidas (las cuerdas salvavidas habían sido un tema reciente) y no quedaba claro si correspondía a algo que le estaba pasando o que siquiera le interesaba.

El paciente dijo: “¿Es que tiene importancia? Si es algo que necesito que tenga sentido. Sin embargo hay un peligro. Me recuerda la manera en que veo un patrón (*pattern*) en un conjunto de acontecimientos al azar. Una vez que se visualiza el patrón es muy difícil dejar de verlo aunque no esté. El análisis debe ser así.”

Le interpreté que se sentía tentado a engancharse a un patrón como a una cuerda salvavidas que le ayuda a saber donde está y que se aferra a mí tratando de engancharse a algo de mi mente. Entonces no parece preocuparle que sea un patrón espurio.

El paciente continuó contándome acerca de un importante trabajo de retraducción que estaba haciendo, que involucraba el escándalo y el descrédito de gente importante que había estado anteriormente comprometida. Se le había dicho que no avanzara haciendo públicos sus hallazgos hasta dentro de cuatro meses y recién entonces se le informaría sobre lo que había ocurrido. Mientras tanto comenzó a elaborar un cuadro de situación juntando las piezas del rompecabezas. “Es como un mito griego”, dijo, “Hay una especie de cueva de Aladino con innumerables riquezas y un portero que no me deja entrar. Pero las descubrí”. Se sentía triunfador y continuó hablando de su ansiedad por el desenmascaramiento de gente tan importante.

Después de obtener el apoyo de su jefe, decidió seguir adelante y no esperar el tiempo previsto.

Le interpreté que se sintió alentado por mí para examinar si el patrón era espurio y para arriesgarse investigándome y desenmascarándome si sospechaba que le estaba ofreciendo interpretaciones que él pensaba que podían ser equivocadas y defensivas. Replicó describiendo la deshonestidad de sus propios métodos de investigación, en los que adormecía a los testigos charlándoles sobre algo que les interesaba y sólo después les preguntaba al margen la información que necesitaba.

Le interpreté que, retrospectivamente, él podía sentir que se había puesto de acuerdo para hablar de la espera y de los mecanismos anales, porque pensaba que eso era lo que me interesaba, mientras que tal vez lo que realmente hubiera querido hacer era estar más seguro de mi forma de trabajar y especialmente aclarar si era espuria o no.

Dijo que no estaba seguro cómo pensar acerca de semejante cuestión: antes me había dicho que conspicuamente evitaba leer sobre el análisis o averiguar si yo había escrito libros o artículos. Luego admitió que había visto en un diario francés un artículo sobre guerras entre analistas parisinos y se preguntaba si habría guerras similares en Londres. Suponía que yo era kleiniano pero no estaba seguro qué significaba eso. Lo asociaba con un interés por los bebés, que pensaba que era bueno, pero luego dijo que su verdadero temor era de que le pusieran un chaleco de fuerza mental. Describió su campo en la traducción como áreas separadas estrechamente circunscritas, de manera que si se metía en una, era muy difícil salir de ella.

El material parecía señalar la posibilidad de que hubiera introducido una *idea sobrevalorada* cuando interpreté que la dificultad del paciente era esperar y que utilizaba un tipo de pensamiento masoquista para ayudarse a esperar. Puede ser todavía que este tema fuera válido e importante, y aunque temía haber sido influenciado por mi lectura, había cierta evidencia de que la interpretación en términos generales no era totalmente equivocada. No obstante, parece ser el caso que no era donde el paciente estaba esperando. Más que insistir que el trabajo del analista era llegar a él y ayudarlo, el paciente estaba deseoso y aún parecía disfrutar el intento de unirse al analista en su preocupación. Así se obligó a proporcionar más material acerca de la espera y los mecanismos anales, vinculando el tiempo con el dinero, por ejemplo.

Al mismo tiempo el paciente trajo pensamientos e imágenes que permitieron al analista entender mejor lo que sucedía. La imagen de él y su novia esperando en lugares diferentes ayudó, así como la manera en que preguntó si había enganchado correctamente. Finalmente, le pareció posible reconocer que tenía mucho miedo que el analista le pusiera un chaleco de fuerza, ya que con tanto secreto observaba mi trabajo y trataba de armar mi figura como un rompecabezas compuesto de diferentes puntos de vista.

DISCUSION

Hemos tratado de ilustrar la formación de la interpretación a partir de un *hecho seleccionado* y la dificultad de diferenciarlo de una *idea sobrevalorada*. Antes de considerar más esta distinción es necesario describir brevemente las nociones de Bion sobre la interpretación y cómo dependen de su teoría de las preconcepciones, de la de continente/contenido y del movimiento cíclico de las posiciones esquizo-paranoide y depresiva (PSD).

En una situación donde el significado no es aparente y los hechos se acumulan, la relación de una partícula psíquica con otra no está determinada, hasta que la atención del analista es capturada por algo, que de esta manera se convierte en un *hecho seleccionado*, emergiendo así una *configuración*, en tanto las otras partículas psíquicas se cohesionan en virtud de su relación con él.

Esta configuración de elementos en relación al *hecho seleccionado* es muy específica de un paciente determinado en un momento determinado de su análisis. Proporciona la sustancia (el contenido) para una forma abstracta (el continente) que ya existía en la mente del analista, de la cual esta nueva configuración emergente se convierte en la encarnadura. Esta forma vacía previa o “estado de expectativa” (Bion, 1962, p. 91) estaba esperando una situación ejemplar para darle vida. La “forma vacía” era la teoría en el trasfondo de la mente del analista que encontró expresión en esta nueva formulación. Estas teorías o continentes expectantes se acumulan en la mente del analista y derivan de sus teorías analíticas generales, sus propias teorías subjetivas acerca de las personas, su experiencia clínica con otros pacientes y su experiencia acumulada con este determinado paciente. La “concepción es lo que resulta cuando una preconcepción se aparea con las impresiones sensoriales apropiadas”. En este

contexto debiera ser la mente del analista aprestada con las teorías la que espera como un receptáculo que se cumplan sus expectativas con la experiencia del paciente. Esto requiere una capacidad de espera y si el analista no puede tolerar la incertidumbre de no comprender, puede dirigirse a su teoría como fuente de reaseguramiento y buscar que el paciente actúe como continente de la teoría. Bion enfatiza que la preconcepción del analista tiene que actuar como continente para la realización y “NO” al revés (Bion, 1962).

La noción de Bion es que nos movemos de un estado psíquico fragmentario (PS) a un estado psíquico coherente (D) y que en cada encuentro con una nueva experiencia recorremos este camino. Por lo tanto, en el análisis el paciente y el analista tienen que enfrentar períodos de desintegración, en tanto confrontan nuevas experiencias, antes de ser asimiladas y comprendidas. La desintegración inicial representa un movimiento hacia PS y tiene que ser contenida antes de que resulte en una verdadera integración hacia D. Creemos que esto es sólo posible cuando ya existe un sentido de continente (*sense of containmcent*) que proporciona un límite al sentimiento de fragmentación e incomprensión, de manera que no sea ilimitado, anulando todo significado. De lo contrario, la experiencia es de “nada”, de un aterradorante “sin fondo” o de total incoherencia. Para muchos pacientes, por lo menos una buena parte del tiempo, la presencia del analista y el encuadre proporcionan este continente externo. Cuando éste no es el caso, la situación es muy cargada y a menudo dramática. Entonces se busca el significado no para hallar un sentido, sino para proporcionar una alternativa al continente faltante.

Sugerimos que ésta es una razón por la cual las ideas se vuelven *sobrevaloradas* ya sea por el paciente o el analista. Se usan para afianzar el frágil sentimiento de estabilidad en el espacio psíquico y se requiere que tengan cualidades de permanencia y solidez. En tales circunstancias la interpretación puede convertirse en un medio de buscar seguridad, más que de indagación y su constancia puede ser mucho más valorada que su verdad. En este esquema de cosas, no hay espera para la evolución del *hecho seleccionado*. La *idea sobrevalorada* se vuelve un “hecho pre-seleccionado” que no es emergente sino obligatorio en cada situación psíquica, forzando a otras partículas psíquicas a orientarse alrededor de él como si fuera permanentemente el *hecho seleccionado*.

Examinado desde este punto de vista, el “enganche” del Sr. B. a la *idea sobrevalorada* del analista para proveerse de un “salvavidas”

tiene un significado ulterior. “¿Es que tiene importancia?”, dijo el Sr. B., “si es algo que necesito para hallarle sentido”. Suministró su propia respuesta: “Veo un patrón en un conjunto de acontecimientos al azar. Una vez que el patrón se visualiza es muy difícil dejar de verlo, aún si no estuviera. El análisis podría ser así”. Si fuera “así”, para este paciente el análisis sería una empresa conjunta para proporcionar salvavidas cognitivos por el temor a caer eternamente o ahogarse en la incertidumbre.

La incapacidad para esperar, después de todo, parece estar en el centro de la sesión que comentamos, pero aparece por primera vez en la actividad contratransferencial del analista, donde refleja el método del paciente para proveerse de una *idea sobrevalorada*.

Dos situaciones probablemente dan lugar a la intrusión de una *idea sobrevalorada* en el campo analítico, oscureciendo de esta forma o impidiendo la evolución natural de la sesión:

1. el *paciente* con intolerancia a la incertidumbre o a la duda, que no se siente adecuadamente contenido en la situación analítica, presenta el material o interpreta el comportamiento del analista de conformidad con la *idea sobrevalorada*, restringiendo de esta manera el análisis dentro de los confines de sus creencias existentes, principalmente inconscientes;

2. el analista que se alivia del temor de perder la identidad analítica en una situación de incertidumbre o confusión, adhiriendo a una *idea sobrevalorada*, para lo cual busca confirmación en el paciente para las creencias que, inconscientemente, cree que son necesarias para su equilibrio psíquico.

En la primera de estas instancias, la tarea del analista es descubrir la hipótesis definitoria no revelada del paciente, es decir, la *idea sobrevalorada* de este último, que puede ser inconsciente. En la segunda, su tarea es reconocer su propio uso sobredeterminado de una idea y tratar de comprender su propio comportamiento. Esto puede ser un asunto no acabado de su propio análisis o una contra-transferencia específica hacia su paciente, en cuyo caso su desentrañamiento forma parte del análisis del paciente y puede revelar una reactuación de una relación de objeto inconsciente en la transferencia.

BIBLIOGRAFIA

- BION, W. R. (1962) *Learning from Experience*. London: Karnac Books, Maresfield Reprints, 1984.
— (1967) *Second Thoughts*. New York: Jason Aronson.
— (1970) *Attention and Interpretation*. London: Tavistock.
BRITTON, R. (1989) The missing link: parental sexuality in the Oedipus complex. In *The Oedipus Complex Today*, ed. J. Steiner. London: Karnac Books, pp. 83-101.
FREUD, S. (1937) Constructions in analysis. *S. E.* 23.
LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. (1973) *The Language of Psycho-Analysis*. London: Hogarth Press.
SHENGOLD, L. (1989) *Soul Muder: The Effects of Childhood Abuse and Deprivation*. New Haven/London: Yale Univ. Press.
STEINER, J. (1993) *Psychic Retreats: Pathological Organisations of the Personality in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients*. London and New York: Routledge & The Institute of Psycho-Analysis.

Versión española *Libro Anual de Psicoanálisis*, Tomo X, International Journal of Psychoanalysis.

Ronald Britton
24 Hillfield Road
London NW6 1PZ
England, U.K.

John Steiner
28 Park Drive
London NW11 7SP
England, U.K.