

A PROPÓSITO DE LA INTERPRETACIÓN LOS MÚLTIPLES SENTIDOS DEL INTERPRETAR.

¿EL O LOS DISPOSITIVOS?

Alfredo Paineira

1- INTERPRETACION

La palabra INTERPRETACIÓN, es una palabra que se las trae. En un sentido amplio, interpretamos, otorgamos sentido a todo lo percibido, los seres humanos somos hermeneutas a tiempo completo.

Nos decía DIDIER ANZIEU, que se ha dado por supuesto que en un tratamiento psicoanalítico el paciente transfiere y el analista interpreta, pero que en la realidad paciente y analista transfieren e interpretan. Agregó que se corre un riesgo muy grande negando lo que el analista transfiera y lo que el paciente interpreta, recreando entre ambos una suerte de relación sujeto-objeto, lo que en las relaciones humanas es altamente cuestionable.

El paciente, quiero recordarlo, viene interpretando, porque la realidad vivida es interpretada, en busca de un sentido casi sin pensarlo, se entiende luego lo dicho pero la intención se interpreta, de allí que con frecuencia uno escuche entre amigos que uno le diga al otro me interpretaste mal, viene además munido de una enumeración de sus síntomas y preocupaciones, o sea nos va a proporcionar una DESCRIPCIÓN de lo que le acontece, que es fruto ya de una interpretación y selección y nos va a dar un esbozo de interpretación del porqué le acontece.

Viene pues el paciente munido de la humana capacidad de interpretar lo que acontece, e inclusive en esa interpretación que trae tenemos un lugar junto con nuestro instrumento terapéutico...Con eso vamos a lidiar y, al escuchar vamos a hacer hipótesis (interpretaciones) acerca del porqué nos dice el paciente lo que nos dice, porqué le pasa lo que le pasa y porqué nosotros sentimos frente a esa persona y ese material lo que sentimos...Inclusive, de acuerdo a su procedencia ya nos habremos formado una cierta imagen de él, que no debemos cerrar nunca,

porque como decía JASPERS en La Fe Filosófica, el hombre es más de todo lo que se pueda decir de él.

O sea desde el principio paciente y analista...interpretan. Podría agregar que ambos tienen en su espesor creencias desde las cuales viven y que condicionan su apreciación de lo que es bueno para el otro y para sí mismo, lo que suele sin el menor derecho para hacerlo inmiscuir al analista en decisiones altamente personales que debe tomar el paciente.

Por supuesto, con la mejor intención suelen disfrazarse estas apreciaciones de interpretaciones si nos descuidamos.

En segundo lugar el paciente transfiere, y viene con una transferencia preformada, imagina lo que se va a encontrar y eso despierta reminiscencias de situaciones vividas que agitan su inconsciente y transferirá sobre nosotros la imagen de un alguien, que lo ayudó, que abusó de él, que le impuso sus normas o vaya a saber qué...y nosotros también transferimos y debemos tenerlo presente, el paciente despierta en nosotros sentimientos, sensaciones y expectativas, que poco tienen que ver con él en los comienzos y tal vez mucho con nuestra historia previa y que debemos hacer conscientes para evitar yerros importantes.

O sea desde el comienzo la situación va a ser compleja y eso que llamamos interpretación, también.

Concuerdo con LAGACHE que en su trabajo acerca de la FANTASIA, nos recuerda que se actualizan en la transferencia escenas con un escenario, protagonistas y acciones, no es que se transfiera meramente en mí el rol paterno, por ejemplo, sino una de tantas imágenes del padre que se ha actualizado ligada a determinadas acciones, sentimientos y recuerdos...

Quisiera hacer lugar a unas reflexiones muy atinadas que publica SACHA NACHT en su libro CURAR CON FREUD y que incluyen su diálogo con DIDIER ANZIEU:

ANZIEU con mucha agudeza señala que podríamos distinguir dos tipos de analistas.

1- Unos que tienden a interpretar mucho y con frecuencia demasiado, y que creen que el punto nodal del trabajo psicoanalítico es la interpretación. Esto es la formulación verbal de lo que supone que es la fantasía inconsciente activada en ese momento en el paciente.

Privilegiando así los procesos intelectuales, verbales, en detrimento de lo vivencial.

2-Otros, por el contrario tienden a privilegiar los aspectos vivenciales, la experiencia, que luego de vivida puede ser interpretada.

ANZIEU considera la primera actitud, poco útil, porque el paciente escucharía las interpretaciones siempre desde la transferencia, es decir que la escucharían e interpretarían “de soslayo”.

A la interpretación EXPLICATIVA de los primeros, que ponen puntos sobre las íes, los segundos prefieren la intervención en un modo menor, alusión velada, signo de entendimiento o de duda que aspira a lograr un mayor afianzamiento de los procesos emergentes del paciente.

La situación analítica no es, por otra parte la de un intérprete frente a un texto- “sino de “dos interlocutores cuya vivencia está regida por diferentes sistemas de catectizaciones”

Por otra parte, “el conocimiento de su vivencia escapa al interesado en la medida en que es inconsciente, y escapa a los demás en la medida en que no les es propia.”

El análisis sería así, una relación de diálogo (asimétrico sin duda, como nos lo recuerda DAVID LIBERMAN) que pone en juego las transferencias y las interpretaciones del paciente y del analista.

Se supone, que el analista, formado y con un prolongado análisis, hasta cierto punto será consciente de sus puntos ciegos y de las posibles distorsiones vinculadas a sus conflictos, valores etc, y que esto minimizará el riesgo de error, y que al incorporar a su propio análisis, un importante acervo teórico y una

experiencia considerable estará en condiciones de interpretar (formular interpretaciones psicoanalíticas) con altas probabilidades de acierto.

2-LAS INTERPRETACIONES PSICOANALÍTICAS COMO INSTRUMENTO TERAPÉUTICO

Aquí voy a referirme a lo que nosotros formulamos al paciente como interpretaciones psicoanalíticas, que toman en cuenta la dimensión inconsciente del paciente y hacen referencia a aquellos aspectos, reprimidos o disociados del mismo que este por si mismo no puede conocer.

Es de hacer notar que un silencio, un comentario, una sugerencia (pidiendo asociaciones por ejemplo) van a incidir sobre el paciente y van a revelar algún aspecto de nuestra interpretación de la situación compartida, dando pie a un material del paciente, que sin querer hemos generado.

Esto se vincula con algo muy importante, debemos tratar de descubrir qué significado asignó el paciente a nuestra interpretación, como interpretó lo que interpretamos.

Un paciente nos habla de su última relación amorosa, nosotros no sabemos qué decir, porque quizás no hay nada para decir, y hacemos silencio, el paciente registra esa no respuesta, que puede tomar como indicio de que no aprobamos su conducta, o que nos produce agrado, o que nuestro silencio, es un "silencio cómplice" y, si no lo advertimos, lo dará por hecho y, por un rato nuestra neutralidad que creímos conservar con el silencio se rompe.

Recuerdo a una paciente que usaba la paradoja a la perfección, me acusaba, en un momento, de estar en desacuerdo con su decisión de ir a vivir a casa de los padres, intento interpretar y me dice, el que se excusa se acusa...permanezco entonces un largo rato en silencio y ella dice bueno, el que calla otorga...(Se trataba de una paciente psicótica que saliendo de un brote, se mostraba particularmente reticente y desconfiada y que interpretaba de una manera delirante todo lo que yo le decía, así, me había "despojado de la palabra", como

pude ver después, y me había sometido a la misma interacción que la había llevado a ella al mutismo, que duró cerca de un mes, durante los comienzos de su episodio catatónico).

Volviendo atrás...es obvio que primero tenemos que escuchar con interés y con atención al paciente, si es posible conectando también el tercer oído...y allí será importante primero entender lo que nos dice e incluirlo en nuestra posible intervención..."Lo escucho y lo entiendo". En segundo lugar no descalificar su intención consciente, quiere presentarme una queja por el mal trato recibido y yo debo entender que en primer lugar esto es así...Luego tal vez nos preguntemos, ¿Porqué me dice esto a mi ahora?, y en segundo lugar, ¿A quien se lo dice?

Ya veré mas adelante si se queja porque me ubica en el lugar del maltratador, o en quien solidarizándose con él puede protegerlo de ese maltrato, o puede compadecerlo...Nunca dije ante una situación así "Yo soy el que lo maltrata".

Pensaré luego como me lo dice, si su tono es quejoso o querulante y hostil, y me preguntaré además qué efecto produce en mi y quizás qué efecto quiere producirme aunque no lo advierta.

Puede también contarme sus éxitos y allí también me voy a preguntar a quien le habla y que quiere producir con su relato, el como, el tono me dará algunos indicios, ¿Querrá despertar mi admiración, mi reconocimiento, tomándome como espejo? ¿Querrá seducirme o excitarme? ¿Querrá despertar mi envidia?

Así me iré ubicando en el lugar que ocupo en este momento en la transferencia del paciente y eso me llevará a tomar en cuenta mi contratransferencia, para evitar que distorsione en exceso lo que recibo.

Quizás entonces pida una asociación, o deje seguir el curso del relato, puede que señale alguna coincidencia, que relaciona en el tiempo dos acontecimientos relatados, no se...

De alguna manera le voy a hacer saber que entendí yo de lo que me dijo y quizás acompañe con algún agregado un hallazgo del paciente, a veces completando una palabra o una frase, lo que CHRISTOPHER BOLLAS llama ELISIÓN.....

Pero antes que la interpretación irrumpa, la libre asociación, esa “diablura”, que nos legara Freud al decir de Green, hace saltar los carriles de la lógica con un lapsus, por ejemplo, para determinar desde la raíz del ser del paciente el curso asociativo.

Quiero destacar, que primero es necesario escuchar y dejarse impresionar, para que el inconsciente del paciente revelándose en su despliegue a través de la libre asociación, que es privilegio de algunos momentos felices del análisis, del tono empleado, de sus lapsus, del relato de sus sueños, de sus gestos, de la atmósfera que crea, nos vaya señalando el camino y vaya marcando el curso del proceso analítico.-

Para terminar recuerdo un chiste que se contaba en mi época lejana de formación:

Un paciente llamaba al analista y le decía, yo voy a llegar a sesión quince minutos tarde, pero usted puede empezar a interpretar....:

En esa época, el papel del analista como interpretador y responsable del curso del proceso analítico que se desarrollaba siguiendo etapas perfectamente estipuladas era algo aceptado y el analista se instalaba en el papel de “traductor simultáneo”, como si tuviera las claves que le permitían el acceso al verdadero significado latente de todo lo que el paciente decía.

Pero abordar este tema, nos llevaría a recrear el Coloquio de Bonneval, en donde se hablaba de las distintas concepciones de los psicoanalistas acerca de la textura del inconsciente, lo que escapa a los límites de este trabajo, pero no a los límites del debate acerca del psicoanálisis que hoy hacemos y sus fundamentos teóricos.

Como ven,afortunadamente, el psicoanálisis estará vivo mientras haya personas que lo vuelvan a recrear en su trabajo de todos los días y sean capaces de reflexionar acerca de lo que hacen.

DISPOSITIVOS PSICOANALITICOS, NEUROCIENCIAS Y WINNICOTT

Dr. H Horacio García*

Esta presentación continúa la búsqueda de coincidencias dentro de los desarrollos de la Neurobiología que respaldan y complementan las ideas que se han originado en el psicoanálisis y en Winnicott, y también el planteo de divergencias con otras ideas, que, posiblemente, no encontrarían apoyo en las neurociencias.

Es importante aclarar que de ninguna manera sostengo que se debe buscar en la Neurobiología ningún sustituto del Psicoanálisis. Para ubicarnos mejor en la búsqueda de convergencias y divergencias sería útil describir brevemente (porque supongo que las personas interesadas en este panel tienen un conocimiento de las ideas de Winnicott), las áreas que él piensa que son aquellas en las que el ser humano se desarrolla (Painceira, 1997):

a) el área de la “realidad compartida o consensual”. Es lo que sentimos como “real porque está fuera de nuestra omnipotencia normal” y en ella se ubica todo lo que tiene existencia material, y que es pasible de ser estudiado por los métodos aplicados en las ciencias. Acá está ubicada la Neurobiología.

b.) el “área transicional”. Se inicia con el “objeto transicional”, el juego, y posteriormente con todas las experiencias culturales. Es donde se desarrolla el psicoanálisis por excelencia. Y es donde el hombre puede sentirse creador.

c.) el área de la “Subjetividad radical”, que tiene relación con la experiencia y la creación del “objeto subjetivo” y todas las consecuencias que ello implica: omnipotencia mágica normal, fenómeno de la ilusión, etc.

Me parece muy interesante contribuir al enriquecimiento de este posible intercambio y discusión que era pobre hace 100 años, pero que actualmente esta intensificándose en

el mundo. En un trabajo anterior ya traté de enfatizar la importancia del medioambiente que es uno de los temas fundamentales para Winnicott en el desarrollo del ser humano, tomando en cuenta ideas provenientes de la Genética, la Epigenética (la revitalización de Lamarck) y la Neurobiología enfatizando el papel de la neuroplasticidad, las neuronas espejo, las neuronas concepto y los diferentes ejes hormonales en el desarrollo. . (García, H. Horacio. 2013). *

horaciog@ymail.com

En este Simposio nos preguntamos sobre las herramientas y dispositivos del psicoanálisis en el siglo XXI. Si nos remitimos a los últimos 20 años, se han desarrollado estudios en diferentes países y organizaciones mundiales que están ampliando de manera exponencial los conocimientos que tenemos sobre el sistema nervioso. Para nombrar algunos proyectos (todos seguidos de la palabra humano): el genoma, el epigenoma, el conectoma, el proteoma, brain mapping. Todos estos trabajos van a traer conocimientos desde una perspectiva, que aunque sea parcializada, no se la puede dejar de lado porque de esa manera quedaríamos encerrados en una torre de marfil.

Algunos temas sobre los cuales uno puede preguntarse que encuentran convergencias en las Neurociencias y que vamos a tratar de describir desde el punto de vista de Freud, Winnicott, Bion y tomar en cuenta desde una forma particular del funcionamiento del cerebro, son:

- La asociación libre - atención libremente flotante.
- Sin memoria ni deseo.
- Brain default network (DMN) o task negative network (TNN). En español: DMN significa: Red neuronal por defecto. TNN: Red neuronal que no está en trabajo focalizado (traducción del autor).

Comenzaremos por describir la brain default network (red neuronal por defecto) que es un conjunto de regiones del cerebro que tienen un funcionamiento de oscilación funcional coherente (sectores del cerebro que funcionan en conjunto e interconectados y se pueden estudiar mediante resonancia magnética funcional) y tiene una anatomía determinada. Va evolucionando con la edad y es responsable del funcionamiento cerebral cuando el

cerebro no está realizando una tarea activa y focalizada. Podríamos aquí hacer una relación con la asociación libre y la atención libremente flotante. Paradójicamente, la red neuronal por defecto produce un consumo de energía no muy diferente al que ocurre cuando el cerebro está realizando una tarea específica ya que, en este último caso, aumenta un pequeño porcentaje de consumo de energía (5%), cuando el cerebro tiene que responder a requerimientos específicos.

Se ha relacionado este estado con una predisposición a la creatividad, en condiciones normales. (Buckner, R.L y cols, Baird, B y cols). Sin embargo, esta red se altera en la esquizofrenia, el autismo y la demencia tipo Alzheimer, en personas que han sufrido situaciones traumáticas crónicas y agudas graves, en casos de abuso infantil y en la edad avanzada, por ejemplo. Este sistema está compuesto por áreas del cerebro que tienen que ver con la evocación de la memoria, con el pensar en el futuro, con el desarrollo de la empatía, y con la teoría de la mente evaluando la perspectiva de los otros. Es descrito como un estado autónomo de introspección o de pensamiento sobre sí mismo. Se puede decir que es un estado de pensamiento espontáneo, no dirigido (mind wandering: "divagar" mental).

Freud en "Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico", en 1912 le pide al médico una suspensión, durante la sesión, de la atención sobre sus preferencias e inclinaciones personales, y sus supuestos teóricos, aunque estén bien fundados. Paralelamente, y por otro lado, le pide al paciente "decir todo lo que pase por su mente, eliminando toda objeción lógica y afectiva que le induciría a seleccionar. También el médico debe estar en condiciones de interpretar todo lo que escucha a fin de descubrir en ello ... lo que el inconsciente oculta, sin que su propia censura venga a reemplazar la elección a la que ha renunciado el paciente". (Diccionario de Psicoanálisis. Laplanche. Pontalis, 1997). Los consejos y la descripción que da Freud es parecida al estado de atención no focalizada como la que se describe en el DMN (Default Mental Network) porque en ambos casos no está planteado entrar en un Estado de Trabajo Focalizado (TPN. Task Positive Network)) que es cuando se comienza una tarea focalizada y se sale del DMN. Se puede suponer que aparece el estado de Trabajo Focalizado (TPN) cuando el paciente siente alguna amenaza o cualquier circunstancia desde el interior de sí mismo

o del exterior, y comienzan a funcionar los mecanismos de defensa, por lo que se focaliza defensivamente el estado de libre asociación. En otras palabras, el estado de asociación libre (que lo podríamos asimilar al DMN) se ve perturbado por las resistencias que en el tratamiento son la contracara de los mecanismos de defensa. De acuerdo a la defensa que es característica para cada nivel de gravedad de la patología, va a ir variando los requisitos para mantenerse en DMN.

Otro tema de gran importancia es tratar de entender cuáles son las condiciones que se dan dentro del tratamiento para que se pueda llegar a la asociación libre y atención libremente flotante. Para que esto sea posible debe existir en el proceso terapéutico un ambiente que permita la baja de las resistencias (defensas). Esto puede ser más o menos difícil. Es más fácil y posible cuando los mecanismos de defensa son los del desarrollo tardío como la represión y es factible el desarrollo de un análisis, (tal como lo plantea Freud en sus escritos técnicos). En estos casos, existe una persona que ha tenido un desarrollo temprano bien logrado y recordamos en este momento la importancia que Winnicott le da a la espontaneidad como expresión del verdadero self y como criterio de salud. En los casos en los que se presentan escisiones que dan origen a un falso self, donde se produce una relación con la realidad por acatamiento y no hay lugar para sentirse creativo, aparece un fantaseo improductivo que es muy distinto a lo que sería la asociación libre y la capacidad de soñar.

Frente a esta circunstancia se hace necesario una regresión en una relación terapéutica que permita experimentar lo que ocurre en los estados normales de no integración. Es la zona de LO INFORME, según Winnicott, a la que hace referencia en su trabajo "Sueños, Fantasía y Vida". Y presenta una larga descripción sobre lo que ocurre cuando se llega a esta zona, durante el tratamiento y nos describe la importancia de los estados de no integración en el curso del desarrollo normal del ser humano. Plantea la gran diferencia que existe entre los que se pueden integrar y llegar a un estado de YO SOY de manera básicamente no defensiva y los que no llegan a ese estado y viven falsamente integrados y de manera defensiva

Es en esta situación en la que se da la recuperación de la capacidad de juego que es imprescindible para que se desarrolle la creatividad, “y el individuo descubre su persona cuando se muestra creador”... “en la búsqueda de la persona, el individuo ...puede haber producido algo valioso en términos artísticos, pero cabe que un artista de éxito esté rodeado de la aclamación universal y sin embargo no haya encontrado a la persona que busca” (a sí mismo). **En estos casos, no es útil una explicación de lo que ocurre porque resulta insuficiente.** La experiencia terapéutica necesita un marco especializado. Dicha experiencia corresponde a un estado no intencional, a tildar por decirlo así, los elementos de la personalidad no integrada. Esto lo denominé “**lo informe**” en la descripción de los casos” (*El Juego*. Winnicott, 1972)

Nos dice: “En términos de libre asociación, ello significa que al paciente en el sofá o al niño, entre los juguetes, en el suelo, se les debe permitir que comuniquen una sucesión de ideas, pensamientos, impulsos, sensaciones, que no tienen relación entre sí, salvo en forma neurológica o fisiológica, y que quizá no es posible detectarlos. Es decir que el analista podrá reconocer la vinculación entre los componentes del material de libre asociación cuando existe una intención, o ansiedad, o falta de confianza basada en la necesidad de la defensa.”

Winnicott presenta una larga descripción sobre las dificultades que se plantean para lograr ese estado de reposo que hace falta para llegar a la vivencia de creatividad y lo relaciona con la posibilidad de llegar a esa libre asociación (¿se podría asimilar al DMN?) Lo resume en la siguiente secuencia:

- “a) relajamientos en condiciones de confianza basada en la experiencia
- b) actividad creadora física y mental manifestada en el juego
- c) suma de estas experiencias para formar la base de un sentimiento de la persona.

... En estas condiciones tan especializadas, el individuo puede integrarse y actuar como una unidad, no en defensa contra la ansiedad, sino como la expresión del YO SOY, estoy vivo, soy yo mismo” (da un caso a modo de ejemplo en Realidad y Juego. pag.83)

Bion plantea sus ideas sobre la atención libre flotante que, de desarrollarse de forma ideal, sería sin memoria ni deseo. Es decir, despojado de todos los preconceptos teóricos e históricos de un paciente - aunque no cree que se pueda conseguir de manera absoluta, pero vale la pena intentarlo. Nos dice además: “En la sesión analítica se produce una evolución. Algo evoluciona a partir de lo **oscuro y sin forma**. Esta evolución puede tener un parecido con la memoria. ... comparte con los sueños la cualidad de estar presente o súbitamente ausente de manera inexplicable. Esta evolución es aquello que el analista ha de estar dispuesto a interpretar” (Grimalt, 2011). Bion nos previene acerca de que la memoria y los deseos del analista, como así también sus teorías, pueden dificultar la labor de entender el aquí y ahora de la sesión.

Un tema, entre otros, que daría lugar para interesantes discusiones es la diferencia en la maduración entre el hipocampo empieza a grabar en la memoria a partir de los 4/5 años lo que plantea dudas sobre la capacidad de registrar fantasías inconsciente muy tempranas, pero la amígdala que cumple el papel de registrar memoria sobre las emociones madura muy temprano por lo que se puede guardar un recuerdo de emociones muy tempranas (Rosler 2014) Esto explicaría ciertos aspectos de la “amnesia infantil” de los primeros años.

En conclusión, se puede relacionar ciertos aspectos de la Neurobiología con algunos conceptos, herramientas y dispositivos del Psicoanálisis actual agrega otra mirada que permite ampliar los campos de debate

DESCRIPTORES: Neurociencias, Default Mode Network, Psicoanálisis, Winnicott,

BIBLIOGRAFIA

Bair, B. y cols. "inspired by distraccion: mind wandering facilitates Creative Incubation" *Psychological Science* 23 (10) 1117-1122. 2012

Buckner, R.L. y cols. "The Brain's Default Network: Anatomy, Function, and Relevance to Disease" en *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2008.

Freud, S. "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico" (1912) en *Obras Completas*. Tomo XII. Pag. 107. Amorrortu editores. Bs As. 1986.

García, H. Horacio. , "Psicoanálisis, Winnicott, Enfermedad Psicósomática y Neurobiología" en Simposio Apdeba, 2013.

Grimalt, Antonia. "Memoria y Deseo" *En el Pensamiento de Bion. Vigencia Teórica y Técnica* en *Revista Temas de Psicoanálisis*. SEP.Nro1. Enero 2011. Barcelona.

Laplanche, J. Pontalis, J. *Atención (Parejamente) Flotante*. Diccionario de Psicoanálisis. Pag. 37-39. Paidós. Bs As.1997

Painceira Plot, Alfredo. "Nacimiento y Desarrollo del Self" en *Clínica Psicoanalítica a partir de la obra de Winnicott*. Cap. 5. Ed. Lumen. Bs As. 1997

Raichle, M. E. "La red neuronal por defecto". *Investigación y Ciencia* 404. 2010

Rosler,R "Construyendo puentes entre la neurobiología y el psicoanálisis ¿Una afirmación naïf? *Psicoanálisis y ciencia* Universidad Nacional de Rosario 2012.

Winnicott, D. "Sueños, Fantasía y Vida. Realidad y Juego. Cap. 2. Granica. 1972

Winnicot,D. "El Juego". Realidad y Juego. Cap.4. Granica editor.1972