

Las fronteras del psicoanálisis: nuevos pacientes, nuevos analistas, nuevos modelos ()**

Antonino Ferro*

El tema propuesto me parece sumamente complejo. Podríamos abordarlo desde diferentes puntos de vista subrayando, por ejemplo, la difusión creciente de patologías como la crisis de pánico o de patologías graves de identidad, como los trastornos narcisistas que podemos asimilar a una predominancia de la cultura de la evacuación por sobre la cultura del *rèverie*. Quisiera plantear también otro punto de vista, que no sea ni pesimista (aumento de las patologías más graves) ni optimista (los cambios del psicoanálisis son tantos que se oponen a esa tendencia). Propongo una perspectiva que considere los cambios al interior del campo cultural. A menudo hago hacer en los grupos de formación que dirijo, el “juego psicoanalítico” siguiente: hay que transcribir una sesión de análisis de niños transformándola en una de adultos o viceversa. Después de ese tipo de ejercicios propongo un juego un poco diferente: transformar el relato de una sesión de un paciente, por ejemplo, obsesivo, en uno de un paciente hipocondríaco; o por ejemplo el de un paciente hipocondríaco, en el de uno fóbico o que tiene una enfermedad psicosomática. De esa manera voy proponiendo transformaciones cada vez más complejas: un niño de ocho años gravemente fóbico puede verse transformado en una mujer de cincuenta hipocondríaca, por ejemplo. Es evidente que esos “juegos” son simplemente ejercicios, algo así como “gammas musicales” a realizar fuera de la sesión.

Pero estos ejercicios me han llevado a encontrar elementos variables y elementos invariables en el funcionamiento psíquico: un núcleo, un aspecto, un funcionamiento primitivo (o sicótico finalmente) puede ser manejado de maneras muy diferentes según las defensas que sean puestas en juego. Estoy convencido de que esas defensas dependen en gran medida de lo que encontramos al alcance de la mano.

Recuerdo, por ejemplo, un niño de cinco años que me presentaron por

un problema de travestismo: escondía en realidad una parte violenta que él temía sólo poder contener con ropas de niña: una especie de “estrogenización” continua de un toro furioso.

Este niño podría haber utilizado otros mecanismos de defensa, por ejemplo una caracteropatía violenta como medio permanente de evacuar el “toro furioso” o una fobia por los cuchillos o rituales obsesivos referentes a las puertas de su casa por el temor de que un asesino pudiera entrar. Si pasamos a un paciente adulto podemos pensar en la fobia de las relaciones sexuales para evitar el acoplamiento con la parte “escindida” o también en un problema hipocondríaco grave a propósito de un “tumor” como lugar a donde condensar y controlar los aspectos violentos.

En el caso concreto del niño que se travestía, me sorprendió el hecho de que sus padres tenían un negocio de lencería y que ellos también ocultaban las emociones violentas: él tenía “a la mano” la elección de la sintomatología (o de la defensa del núcleo violento).

Lo que quiero decir, resumiendo, es que el mismo tipo de problema (en este caso una parte escindida violenta) puede entrar en escena con escenarios múltiples y variados.

Yo creo que el modelo de “aparato psíquico” postulado por Bion conviene para definir tres lugares de patología que pueden, cada uno, habilitar patologías comparables.

Un modelo de aparato psíquico

El modelo de aparato psíquico al que me referiré es el modelo de aparato psíquico postulado por Bion (1962, 1963, 1965) con las modificaciones que he propuesto sobre algunos puntos (Ferro 2001 a, b; 2002 a, b, c). Como mi presentación será por el momento de una simplificación extrema del pensamiento de Bion, lo que ganaremos en claridad será perdido en precisión y complejidad, pero creo que vale la pena en un primer momento de aceptar esta forma de reduccionismo.

Estimulación extero- propio-ceptivas	Función digestivo-imagino-poiética del aparato psíquico	Capacidad narrativa del aparato psíquico
	Pictogramas	

Fig. 1

En la parte a del cuadro ponemos la sensorialidad, es decir todo lo que pasa o llega hasta nuestro aparato psíquico y que no fue aún “digerido”.

En la parte b del cuadro ponemos la función metabólica del aparato psíquico, capaz de condensar en una imagen lo que hacía presión de manera no figurativa y el resultado de esta operación de alfabetización en pictogramas: el juego visual de lo que hacía presión en forma de estimulación, algo que es ahora fácilmente utilizable.

En la parte c del cuadro ponemos la capacidad del aparato psíquico de tejer tramas narrativas coherentes, en cierta medida, con los pictogramas.

Si intentamos reformular todo esto en el léxico de Bion, obtenemos el cuadro siguiente:

Elementos beta	Función alpha Elementos alpha	♀ ♂ PS ↔ D CN ↔ HS
----------------	----------------------------------	--------------------------

Fig. 2

En la primera parte del cuadro ponemos los elementos beta (lo que quiere decir que los elementos beta no son “cosas malas” en sí mismas, al contrario, son la fuente de toda transformación posible).

En la parte b ponemos la “función alfa”, cuya función es transformar los elementos beta no representables y no figurables en “imágenes visuales” o, mejor todavía, en “pictogramas emocionales” en los cuales lo que hace presión como sensorialidad y estimulación, puede encontrar una “figurabilidad” elemental. Bion (1992) dice que un dolor intenso podrá ser “pictografiado” como un rostro bañado de lágrimas o como alguien que se masajea el codo:

son los elementos beta que nuestro aparato psíquico produce permanentemente.

Para poder ser elaborado a un nivel superior, la secuencia de elementos beta debe encontrar las “herramientas” descritas en la parte c del cuadro, es decir, la oscilación entre ♀ y ♂, entre PS y D, entre CN y HS.

Entendemos ♀ como el lugar o el funcionamiento capaz de contener las emociones, los pensamientos y permitir así el desarrollo de ♂.

Por PS-D entendemos la oscilación entre los niveles más fragmentados y niveles más compactos de emociones y pensamientos.

Por CN y HS entendemos la no saturación (capacidad negativa) o la definición exhaustiva de pensamientos y emociones (hecho seleccionado) (Guignard, 1996).

En c se encuentran todas las “herramientas para pensar” una vez que la matriz visual del pensamiento ha sido “formada” en sus sub-unidades elementarias (lo que sucede en b gracias a la función alfa).

Si seguimos con el análisis de nuestro esquema (fig.3) podemos agregar todavía una cosa importante: los factores de “curación” con respecto a cada parte del esquema.

Si la patología concierne únicamente a una acumulación de hechos no digeridos (de hechos micro o macro traumáticos que han dado lugar a más estimulación que la que ha sido posible transformar en emociones o en pensamientos) el instrumento principal de la terapia es la interpretación.

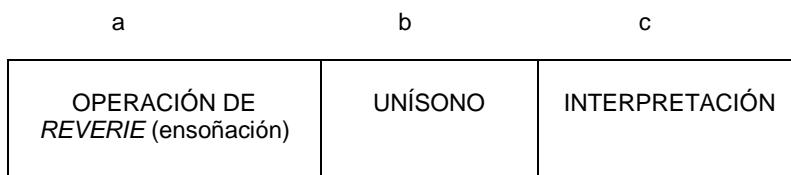


Fig. 3

Si al contrario el lugar de la patología concierne una carencia de la función alfa (y esto es sin duda la situación más grave), el factor terapéutico principal es la “capacidad de *reverie*” del analista que consiste en las operaciones (mentales) que el analista debe *hacer y no decir* : es decir que el analista debe activar su propia función alfa, debe transformar los elementos

beta en alfa y debe, sobre todo, “pasar al paciente” día tras día el método que permite esta transformación.

Si la patología concierne la zona b del esquema, el factor terapéutico por excelencia de parte del analista es estar al unísono o en sintonía con el paciente (lo que permite el desarrollo de ♀) y la capacidad de duelo y la creatividad del aparato psíquico del analista, que debería permitirle amplias oscilaciones entre PS-D y CN-HS, todo esto trae una **transformación** de la técnica clásica: es la receptividad del analista, las transformaciones que él hace, su tolerancia frente a la duda (las interpretaciones no saturadas y las interpretaciones narrativas) que se transforman en la clave terapéutica, junto a la capacidad de modulación interpretativa.

Si retomamos el discurso inicial, obtendremos la secuencia siguiente:

Formación de un pictograma visual (elementos beta) à encadenamiento de pictogramas visuales (secuencia de elementos alfa) = pensamiento onírico del día à derivados narrativos.

Si se crea en el campo analítico una situación de persecución y enseguida de alivio, los elementos alfa que se forman podrían ser los siguientes:

♂ significa contenido

D posición depresiva

♀ significa continente

CN capacidad negativa

PS posición esquizo-paranoide

HS hecho seleccionado

SANTA INQUISICIÓN	VENTANA ABIERTA
-------------------	-----------------

Esta secuencia podría generar “derivadas narrativas” muy diferentes:

“Estaba aterrorizado el día del examen, pero después del primer encuentro con el profesor sentí confianza en mí”.

O tal vez:

“Recuerdo que tuve miedo cuando la policía me detuvo, pero encontré de nuevo la calma cuando entendí que era sólo un control de rutina”.

O tal vez:

“Cuando era chico tenía un miedo horrible del médico, pero cuando la consulta empezaba me tranquilizaba rápidamente”.

O tal vez:

“Soñé que era el blanco de preguntas de parte de mi suegro, pero enseguida entendí que en realidad él se preocupaba por mi situación”.

Las “derivadas narrativas” nos permiten también un “sondeo” continuo del campo, del sueño alfa, del paciente y del ciclo (que funciona o no), de las transformaciones que se van realizando entre identificaciones proyectivas y *reverie* (ensoñación) -ciclo que pienso como un evento continuo y constante del campo, según la concepción de Bion, quien considera fundamental ver las identificaciones proyectivas como un fenómeno normal de la comunicación de nuestra especie-.

La elección del género narrativo es probablemente un serio problema. Esta elección no es fácil y depende a la vez del analista y del paciente; depende del analista en lo que concierne a las teorías explícitas o implícitas que él tiene a su disposición y que lo llevan a abrir diferentes escenarios según el modelo en el que se sienta más cómodo.

Un escenario narrativo puede ser por ejemplo la reconstrucción de la infancia y de la historia familiar, el modelo freudiano en su acepción más clásica. Otro tipo narrativo elegido por el analista puede ser un reconocimiento y un enfoque del mundo interno del paciente o tal vez una aclaración de las características de la relación actual entre el paciente y el terapeuta.

Otro escenario narrativo puede ser la creación de un campo, de un teatro afectivo donde pueden desarrollarse, tomar cuerpo y palabra, todos los personajes que habitaron la pieza del analista, haciendo pensable y expresable lo que antes hacía presión bajo la forma de condensados inexpressables. ¿Pero por qué hablamos de una cosa hoy y de otra diferente mañana? ¿O por qué hablamos de ciertas cosas con un paciente y de otras con otro? El género narrativo es elegido también día tras día por el paciente. Lo importante es la emoción o la secuencia de emociones que el paciente expresa o quisiera expresar con la ayuda del analista.

Miremos ahora más de cerca al paciente (si es que es posible mirar un polo de la pareja analítica sin implicar el otro polo). Imaginemos que un paciente tiene la sensación de estar desorientado, angustiado y solo. El

paciente llega a su sesión sin estar necesariamente consciente de esas protoemociones. Éstas podrán expresarse con modalidades narrativas muy diferentes, por ejemplo, tipo gacetilla. El paciente dice: “estaba en el aeropuerto de Malpesa y por culpa de la nieve todo el aeropuerto estaba bloqueado y nadie sabía cómo hacer frente a esta situación de urgencia”. Quiero señalar que el género narrativo es un precipitado, un derivado de la secuencia de emociones que están presentes en ese momento preciso, y es eso lo que nos interesa. Nuestra atención al texto manifiesto es solamente aparente, en el sentido de que nos quedamos en el texto manifiesto, pero con la idea de poder ir gracias a él a “buscar” el contacto con las emociones que se encuentran detrás.

Retomando la secuencia *desorientación, angustia, sensación de soledad*, otro paciente podría decir: “vi algo que me impresionó en la televisión: a causa de las lluvias torrenciales, un grupo de espeleólogos se encontraron encerrados adentro de una gruta; no sabían cómo salir, ya que la entrada de la gruta estaba bloqueada por las aguas del río en crecida; estaban en completa oscuridad y hacía frío”, o también, refiriéndose a la misma secuencia de emociones, desorientación, angustia y soledad: “me acuerdo que una vez cuando era niño, mi madre llegó muy tarde a buscarme, llovía y se estaba haciendo de noche y yo tenía cada vez más miedo” o también, si se trata de un paciente adulto: “esperé mucho tiempo que Marina regresara para que hagamos el amor, pero en cuanto ella llegó, se puso el pijama y las pantuflas y se fue a la cama con un tremendo dolor de cabeza”, o también “haciendo el amor con Marina la sentí tan fría y distante que de pronto no entendí con quién estaba y qué estaba haciendo en ese lugar”. (Aquí se presenta el problema de qué estatus podemos dar en los diferentes modelos a los recuerdos de la infancia o a la sexualidad).

Sería inoportuno decirle a un paciente, sin contar las eventuales angustias homosexuales que podrían provocar, “usted me está diciendo que ayer usted me sentía distante, frío, poco disponible, ausente”.

Lo que es importante es entender la emoción que habita al paciente en ese preciso momento y recibir o recoger su sentimiento de desorientación de soledad y de angustia.

Podríamos seguir hasta el infinito dando ejemplos, pero lo que quiero decir es: *que el psicoanálisis puede ser el método que permite diluir las emociones dentro de una narración y crear narraciones que den cuerpo a las emociones y así poder éstas volverse visibles.*

Con esto quiero decir que no es el relato en sí mismo lo que importa, sino más bien el hecho de captar las emociones que están “río arriba” del relato, que es a su vez un derivado narrativo de la emociones.

En otros casos, podemos ayudar al paciente a crear un relato que pueda vehiculizar emociones que el paciente no conoce.

Pero podemos preguntarnos: ¿y qué hacemos de los relatos del paciente? Y la cosa se vuelve más compleja ya que están, conjuntamente, la complejidad de la formación de imágenes y el hecho de que las narraciones se desprenden a su vez de estas imágenes.

Desde mi punto de vista, el rol del analista consiste en favorecer la creación de coordenadas afectivo-climáticas que activen las capacidades imagino-poiéticas del paciente, haciéndole “hacer su aprendizaje en el taller del analista”, lugar donde se forman imágenes a partir del relato y a partir de lo no dicho.

La formación de la imagen fue durante mucho tiempo en el psicoanálisis el patrimonio del sueño: lo que nos sucede cuando estamos en nuestra cama y dormidos, producimos imágenes: el sueño como vía real hacia el inconsciente.

Bion por el contrario, postuló, y es lo que intento demostrar desde el principio, que la actividad onírica es una actividad constante de nuestro aparato psíquico, incluso cuando estamos despiertos, lo que significa que todo el trabajo mental de la vigilia consiste en la formación de imágenes que resumen, como en el caso del sueño nocturno, la calidad emocional de lo que estamos viviendo en ese momento preciso. Lo que decimos es el derivado narrativo de esas imágenes.

A través de esto quiero decir que cada paciente nos dice permanentemente cómo debemos ser, cómo debemos presentarnos para poder acercarnos: uno de los puntos de escucha de lo que el paciente nos dice después de una interpretación debe ser considerado como el comentario de la interpretación, comentario que según mi opinión no debe necesariamente ser interpretado (corremos el riesgo de generar una relación que se muere la

cola) pero que debemos utilizar dentro de la “cocina” analítica para encontrar todos los ajustes necesarios.

No hay una sola comunicación del paciente, sobre su historia, sobre su infancia, sobre su sexualidad, sobre lo que le sucede en la vida exterior, que no pueda ser “escuchado” *desde un cierto punto de vista*, como una explicación de su sueño de la vigilia en ese instante.

Sueño del día (vigilia) que encuentra, por supuesto, su origen en la historia, en el mundo interno, pero no debemos olvidar que está fuertemente estimulado por nuestra presencia y por nuestra manera de tomar o no tomar posición: en otros términos todo lo que hace o deja de hacer el analista co-determina la sesión.

Esta atención puesta en el funcionamiento mental del paciente no tiene siempre la misma importancia: hay pacientes que tienen una estructura psíquica lo suficientemente sólida y con los cuales podemos trabajar sobre los contenidos, en cambio que con otros estamos obligados de ocuparnos primero de “reparar” su capacidad de pensar.

Por ejemplo, hay pacientes con los cuales es posible de tocar de entrada, aunque sea a cuatro manos, una sinfonía, en cambio con otros hay que primero reparar el piano: es con estos últimos con los que es indispensable favorecer el desarrollo del aparato psíquico y de la capacidad de pensar antes de acceder a los contenidos.

Factores de enfermedad y factores de curación

Sobre la base de nuestros esquemas simplificados no es difícil de distinguir tres lugares de patología:

I. patología grave debido a una carencia de la función α .

II. patología debido a un desarrollo no adecuado de ♀♂ , $\text{PS} \Leftrightarrow \text{D}$, $\text{C.N.} \Leftrightarrow \text{H.S}$

III. patología debido a un exceso de “hechos no digeridos” pero con una relativa normalidad de los puntos a y b.

En todas las patologías de tipo “I” hay al origen un defecto en la formación de pictogramas visuales, que pueden ir hasta la no formación del aparato psíquico. En otros términos, es como si falta la “película”, esto es los fotogramas de base para la película.

Dentro de las patologías de tipo “II” tenemos la formación de “elementos α ”, pero el aparato que debe tratar esos elementos es defectuoso. La película recibe la impresión pero no hay revelado (carencia de derivados narrativos) o tal vez falta la función de puesta en escena del abanico de fotogramas formados, el trabajo $PS \Leftrightarrow D$, o quizás el lugar donde guardar la película revelada (carencia de continente), etc.

Pero como decía, es posible también que haya una cantidad de estímulos sensoriales, extero-propio-ceptivos que superen la capacidad de la función α de formar elementos α o la capacidad para tratarlos.

En las patologías de tipo “III”, que son patologías de acumulación, de traumatismo, es traumático toda situación que genere una cantidad de elementos β más grande de la que puede ser transformada en α , y después tratada y tejida en emociones y pensamientos.

A esta altura, el discurso sobre los factores terapéuticos es simplemente el “positivo reparador” del negativo del que yo hablaba y que podemos repensar con respecto al punto “I”, al punto “II” y al punto “III”, sin olvidar que comúnmente cada paciente es una quimera de “I”, “II”, y “III”.

De esta forma *existen tratamientos analíticos* en los cuales nosotros estamos en el tipo “III”, con pacientes con función intacta, con “aparato para pensar los pensamientos” (PS/D ; $\text{♀}/\text{♂}$, CN/HS) intacto, pero con un exceso de “hechos digeridos” generadores de transferencias y de identificación proyectivas que esperan que el analista colabore al trabajo de significación y resignificación.

Esos pacientes forman parte de la categoría reducida de pacientes analizables según criterios clásicos: ellos toleran las interpretaciones clásicas y pueden incluso enriquecerse por que ellos tienen ya un “lugar a donde” ponerlas y “una manera” de elaborarlas.

También hay tratamientos analíticos de tipo “II” en los cuales antes de trabajar sobre los contenidos no digeridos, hay que trabajar sobre las funciones mentales que faltan: creencia de ♀ , carencia en las oscilaciones $PS \Leftrightarrow D$, etc.

Éstas son las patologías *borderline*, narcisistas, en donde hay una función α , adecuada pero los productos no son manejables: en ese caso la interpretación clásica genera más persecución que crecimiento, falta el lugar a donde guardarla y la “manera” de utilizarla.

Tenemos finalmente los tratamientos analíticos de tipo “1”. Estos son los análisis de investigación en los cuales hay un defecto importante de la función α , y hay que “re-hacer” (en este caso hacer por la primera vez) el trabajo $\beta \rightarrow \alpha$, transformando “cantidades discretas” de β en un elemento α , y permitir de esta manera la formación de elementos α y la introyección del método para hacerlo.

Las interpretaciones clásicas, o interpretaciones elaboradas, son en este caso las estimulaciones ulteriores que provocan la evacuación, como lo dice el mismo Bion cuando afirma que incluso “pensamientos” pueden ser evacuados como elementos β , si falta la capacidad de contención.

En el caso de un niño autista hará falta una elaboración puntual, pictograma por pictograma, en lugar de una interpretación complicada, elaborada y exhaustiva que sería solamente la evacuación de la verdad del analista pero con un receptor ausente.

Llegados a este punto, podría haber elegido diferentes tipos de casos clínicos para representar cada “tipo de patología” y mostrar qué situaciones clínicas diferentes pueden ser comparables (o presentar numerosos elementos invariables). Pero prefiero proponer el mismo caso clínico visto en su paso a través de los tres “lugares” o tipos de patología. Creo que este ejemplo puede volverse una fuente de ejercicio, y ser transformado, como lo decía al comienzo, en otras patologías posibles sobre el mismo “lugar de patología”.

Ejemplo clínico: Diego

Un diente a la vez

Diego tiene 15 años y está en su onceavo año de análisis. En el mes de septiembre él decide empezar a disminuir el número de sesiones, pasando de 4 a 3, y, enseguida, después de las vacaciones de navidad de 3 a 2. Él decidió esto porque dice que no logra hacer otra cosa que le interese; sin embargo esta decisión le da miedo, es más, lo aterra por momentos. Después de tomarla tuvo dos sueños: en el primero, árboles con raíces muy profundas estaban cortados; en el segundo, él quería ofrecerle a su hermanito, para sus dos años, dos ranas rayadas (como los trajes de los condenados) pero finalmente renunciaba porque costaba muy caro (el mismo precio de la sesión a la que él había renunciado).

Esos sueños nos muestran que haber “arrancado” la sesión del martes y después la del miércoles, le cuesta mucho, le hace muy mal. Las raíces de 11 años de análisis son profundas, pero los sueños muestran también que renunciar a dos sesiones lo libera de la obligación de tener que llevar el traje a rayas de “condenado” en el trabajo forzado del análisis.

En la sesión siguiente dice que le gustaría mucho ir a estudiar en un “colegio” pero que “cuesta muy caro” y no sabe si puede “permitírselo”. Después habla de algo que vio: había unos perros a los que, para reforzarles la mordedura, les hacían morder un pedazo de madera atado a una cuerda. Después tiraban de la soga haciéndola pasar por encima de la rama de un árbol, tiraban hasta levantar el perro que quedaba suspendido en el aire agarrado con los dientes. Más tarde me cuenta que el día anterior (martes, sin sesión) sus padres habían salido y él tenía que ocuparse de su hermanito, a quien quiere mucho. Pero Diego se enojó mucho con su hermanito porque éste no lo dejaba moverse de al lado de su cama. Diego perdió la cabeza y le pegó, pero se quedó muy asustado por lo que hizo. Esa noche hizo un sueño: tenía que cruzar un largo pasillo sombrío, en el que también podían haber arañas, pero finalmente lograba pasar.

Comentamos todo esto como el desarrollo de lo que habíamos empezado a decirnos: él querría su independencia, pero esta idea le cuesta mucho: la “toma” con respecto al análisis, su apego es muy fuerte; en el intervalo a él le costó mucho ocuparse del niño que quería compañía y que le habían confiado y en el sueño aparece el camino difícil y peligroso que ha tenido que hacer en el pasillo que va del lunes al miércoles.

En ese momento, creó una imagen, una imagen que uno ve en ciertos *westerns* (más adelante veremos esto en mis *reveries* iniciales) donde arrancan los dientes con una tenaza. Él sonrío, pero agrega que nunca hubiera creído que nuestra separación iba a ser una experiencia tan dolorosa.

Pero veamos lo que pasaba tres años antes.

Las dimensiones del aparato psíquico

Diego tiene doce años y empieza a hacerse preguntas sobre “personas” que él encuentra, personas que según él lo siguen.

Después de contener el miedo y la inquietud que eso le genera, le digo que hay otros aspectos de él con los que está entrando en contacto y que tal vez él se pregunta con miedo y curiosidad “quiénes son”.

Al día siguiente llega diciendo que tiene algo urgente que decirme: descubrió en un vagón del subterráneo que existe la profundidad, la altura y el espesor.

Antes, su mundo había sido siempre plano, el está conmovido por este descubrimiento que significa para él ver el mundo de manera diferente, con un espacio, un aspecto tridimensional del que ni sospechaba la existencia.

Pienso en “Flatlandia”, un hermoso relato sobre un mundo en dos dimensiones y le digo que desde mi punto de vista pasó de la geometría plana a la de los “sólidos”.

Diego sigue hablando y me dice que entonces muchos aspectos de él se articulan unos con otros y adquieren espesor; antes se imaginaba a sí mismo de una manera o de otra o de alguna otra manera.

Yo le digo que ahora hay una profundidad y un grosor que le pertenecen, que pertenecen a su mundo interno, que él podría imaginarse como un pequeño albergue que puede “albergar” las diferentes partes que se articulan en él, incluso las más temidas y las más despreciadas...

Desde ahora no es más la figura en dos dimensiones de un sueño, que le pegaba a todo el mundo cuando evacuaba emociones que después lo perseguían porque no podía “guardarlas adentro”.

Diego agrega que él cree que todo esto no es debido al análisis si no al “medicamento” que toma, aunque pueda parecer ingrato cuando dice esto.

Le digo que en el pequeño albergue debe haber también una habitación para los “ingratos”, que lo importante es que el “milagro” se haya producido, a que “santo” (en nuestra jerga analítica) se lo debe no me parece que sea lo esencial.

Encuentro que Diego dice una gran verdad, no son sólo las interpretaciones, la actividad estrictamente analítica los que lo han ayudado a salir de “Flatlandia”, está también el “medicamento”: todas esas operaciones mentales que hice durante años durante las sesiones sin que surjan inmediatamente interpretaciones, el hecho de contener sus angustias y pasarle progresivamente “el método para tratarlas”.

Esto me permite proponer una reflexión sobre el funcionamiento mental del analista con respecto a todas las operaciones “no interpretativas” que él hace: la interpretación, que esté saturada o no, es el último acto de una serie de procesos de transformación y de búsqueda de sentido.

Ahora, vamos a ir ocho años más hacia atrás.

La formación de reveries

Diego es un niño de cuatro años caracterizado por una violencia incontenible y desordenada que forma parte de un proceso evacuativo. No habla y presenta una serie de estereotipos.

Después de un mes de análisis él hace una serie de juegos que muestran el principio de un reconocimiento de ciertas “notas” o para decirlo mejor “ritmos de base del análisis” (juego del cucú, juego de bolas que se encuentran/se golpean/se separan, juegos que están ligados a las secuencias 1-2-3-4-3- 2-1, lo que corresponde al número de sesiones. Esos momentos de “calma” son bruscamente cortados por tremendas “razzias” las cuales ponen, no sólo el consultorio del analista en un desorden tremendo, sino que también corre por el pasillo y la sala de espera donde tira todo lo que encuentra.

La “reverie” que yo hago está ligada a imágenes de películas *westerns*: el *cowboy* que empieza a ocuparse del trabajo de la granja y, de repente, llega una banda de forajidos que destruyen todo y aterrorizan el pueblo. Es claro que en este momento hace falta una función de *sheriff* que contenga y ponga límites.

Esa noche yo tengo una serie de sueños de contratransferencia fragmentados: una imagen, un color, otra imagen...

¿Qué pasaría si nos salimos de la metáfora, del mito del *western*, de la fila C de la tabla para conceptualizar lo que pasa?

Seguramente podríamos hablar de funcionamiento en “D” que empieza a estar presente en la sesión, con otros más frecuentes donde aparece “PS”. Pero también podemos hablar de momentos en los que empiezan a formarse en el aparato psíquico del analista ciertas “reveries” y momentos en los cuales la evacuación es reemplazada por instantes de pensamiento en el aparato psíquico del pequeño paciente.

En otro lenguaje, podríamos decir que en un momento determinado hay una alfabetización de proto-emociones que “son sólidas y funcionan”, pequeños grupitos de sentido se forman, derivados narrativos, o mejor aún, lúdicos. Pequeñas secuencias de elementos α y de sueños del día. Después surgen torbellinos de elementos β , que destruyen todo, que sólo pueden ser evacuados violentamente.

Los sueños de la noche nos muestran que el proceso de alfabetización continúa como una “tarea de la noche” por la cantidad que sobrepasa la capacidad de la función de *reverie* diurna de elaboración. Este proceso continúa en el sueño al transformar cantidades de elementos β en pequeños fragmentos oníricos, que tienen todavía características de sensorialidad: pequeñas secuencias de α tal vez, o de balfa/alfa.

Hemos seguido a Diego al revés en su recorrido hacia la adquisición de una capacidad de pensar autónoma, lo que yo llamo la introyección del “narrador”.

Diego tenía dificultades, incluso al nivel de la formación del “pictograma emocional” (Barros 2000; Ferro 2002; Bion 1962). Entonces hizo falta hacer aportes mínimos de mi parte para no inyectar dosis de sensorialidad o de estimulación que habrían sido excesivas con respecto a su capacidad de alfabetización.

No era posible tener ninguna actividad de interpretación activa centrada sobre el mundo interno del paciente o sobre la relación. Las cantidades de proto-emociones que se hubieran activado habrían producido su evacuación inmediata, ya que falta la capacidad del aparato psíquico de transformarlas en imágenes, en emociones, en vivencias, en pensamientos.

Durante mucho tiempo, yo me posicioné en una función de “coro griego” que comenta lo que pasa en la escena.

Otro aspecto fundamental es la tonalidad afectiva, la calidad emocional de la voz. Esta tonalidad es percibida antes que todo contenido posible.

Todo exceso de interpretación, incluso “justo” actúa como un voltaje excesivo que quema los cables que no son capaces todavía de soportarlo y que hace que se “caiga” toda la red de comunicación.

Poco a poco, vemos el salto hacia un desarrollo de la capacidad de formar imágenes, después el desarrollo de la interacción continente/contenido y, finalmente, la capacidad de entrelazar emociones con el sueño.

Conclusión

En conclusión, creo que lo que ha cambiado en nuestra cultura analítica, son los **criterios de analizabilidad** que se han extendido hasta los tipos b y c. Numerosos son los analistas que se ocupan de pacientes *borderlines*, sicóticos y de otras patologías autísticas -sobre todo en niños-. Y si en nuestra cultura y sociedad hay un cambio progresivo hacia una cultura de la evacuación, me parece que en nuestra sociedad psicoanalítica nos equipamos cada vez más para ocuparnos de niveles del aparato psíquico que no se podían hacer antes.

Lo importante es el trabajo que el aparato psíquico del paciente y del analista hacen juntos: de las situaciones más primitivas a las situaciones más evolucionadas. Me parece importante sugerir la existencia de un modelo que pueda percibir las invariantes del funcionamiento mental de nuestra especie. No creo que podamos darnos cuenta de los cambios de estructura en la manera de funcionar del aparato psíquico. Creo que sólo podemos limitarnos a observar que, por un lado, nuestro modo de abordar la cuestión se desarrolla hasta alcanzar niveles del funcionamiento psíquico que no eran accesibles antes; y, por otro, que los factores culturales pueden llevar a nuevas modalidades de expresión del sufrimiento psíquico, pero como “modalidades narrativas” diferentes de la misma calidad de sufrimiento.

He intentado identificar tres niveles de “fallas” posibles dentro del sufrimiento humano. Quisiera agregar a título de conclusión que, como toda especie, la nuestra está en “riesgo”, porque estamos sometidos a una cantidad muy grande de tensiones, de sensorialidad, de proto-emociones, que van más allá de nuestra capacidad a transformarlas en pensamientos, fantasmas, emociones. Por ahora, evacuamos esas cantidades no transformadas en sufrimiento mental del individuo y en la locura colectiva que caracteriza -a menudo- nuestra especie.

Resumen

El autor propone desde distintos puntos de vista un abordaje de patologías que se presentan cada vez con más frecuencia, como las crisis de pánico o patologías graves de la identidad. Entre ellos toma el del interior del campo de la cultura, en el que opone la “cultura de la evacuación” a la “cultura del reverie”.

Propone una suerte de juego, que realiza en sus grupos de formación, que consiste en transformar la sesión de un niño, en una de un adulto o la de un paciente, por ejemplo fóbico, en un paciente hipocondríaco, con transformaciones de complejidad creciente. Esto le permite identificar núcleos primitivos (o psicóticos) que cada paciente maneja acorde a sus posibilidades.

Tomando el modelo de aparato psíquico de Bion modificado por él mismo, define tres lugares posibles de patología que delimitan a su vez tres factores de curación, según que el paciente tenga intacta su función alfa, carencia de continente o de oscilación PS/PD (patologías *borderline* o narcisistas) o bien que esté presente un defecto importante en la función alfa.

Bibliografía

Bion, W. R.:

- (1962) *Learning from Experience*. Heinemann. London.
- (1963) *Elements of Psycho-Analysis*. Heinemann. London.
- (1965) *Transformations*. Heinemann. London.
- (1992) *Cogitations*. Karnac Books. London.

Ferro A.:

- (1992) *The Bipersonal Field. Experiences in Child Analysis*. New Library-Routledge London-New York. 1999.
- (1996) *In the Consulting Room*. Brunner-Routledge. 2001 London New York.
- (2001a) La séparation entre le rêve et l' évacuation. *Revue Française de Psychanalyse* 2/2001/489-498.
- (2001b) Rêve de la veille et narration. *Revue Française de Psychanalyse* LXV, 285-297.
- (2002a) Some implications of Bion's thought: the waking dream and narrative derivatives. *Int. J. Psycho-Anal.* 83,597.

- (2002b) *Fattori di malattia fattori di guarigione. Genesi e cura della sofferenza psichica*. Cortina Editore Milano.

- (2002c) Superego Transformations through the Analyst's Capacity for Reverie *Psychoanal. Quarterly LXXI, 477*.

Guignard F. (1997) L'interprétation des configurations oedipiennes en analyse d'enfants. *Psychanalyse en Europe. Bulletin FEP, 50*.

Rocha Barros E. (2000) Affect and Pictographic Image: The Constitution of Meaning in Mental Life. *Intern.Journal.Psychoanal. 81,1087*.

(**) Agradecemos a la revista de Psicoanálisis Docta, publicación de la Asociación Psicoanalítica de Córdoba, la cesión de este trabajo de Antonino Ferro, que fue publicado en el número de Primavera de 2009 (año 7, Nro. 5).