



## Aspectos intersubjetivos de la técnica analítica. Estados de aislamiento

Publicado en la revista nº021

**Autor:** Dryzun, Jeanette

44º Congreso de IPA, Río de Janeiro. Julio 2005. Panel: Intervenciones terapéuticas diferenciadas de acuerdo a psicopatología, estructura de personalidad y formas de organización inconsciente.

Las intervenciones terapéuticas en un proceso psicoanalítico no se restringen a la interpretación del analista y al *insight* en el paciente, hacemos mucho más cosas que las mencionadas. En este sentido, el uso apropiado y la efectividad de una interpretación es consecuencia de una organización inconsciente y estructuración psíquica donde predomina una motivación hacia la ganancia de conocimiento sobre el sentido oculto de fuerzas en conflicto. El sujeto reconoce responsabilidad propia en sus actos y deseos. Sin duda, la interpretación representa un recurso principal para producir cambios sobre modalidades simbólicas del saber representacional inconsciente, pero no es el único.

Para Freud (1913, 1915, 1919), la relación terapéutica y la interpretación son factores mutativos para el cambio, aunque no en igual proporción de importancia. A la luz de la comprensión de los diferentes fenómenos inconscientes desarrollados por autores postfreudianos, ambos factores connotan dimensiones diferentes en cuanto a sus implicancias instrumentales y efectos (Blatt & Smith, 1987; Odgen, 2004).

La organización inconsciente es heterogénea y consecuentemente lo son las formas instrumentales de operar sobre el mismo, teniendo por un lado:

- Lo *secundariamente inconsciente*, con su conflicto psíquico y la represión al saber consciente;
- Lo *originariamente inconsciente* que nunca fue consciente pero es activo y productor de efecto, originado y originándose continuamente, proveniente de las huellas que deja el otro en su relación corporal, discursiva, emocional y pulsional;
- Y lo *no inscripto en lo inconsciente*, vacío de inscripciones esenciales sobre estados emocionales, ocupando su lugar inscripciones de rechazo que sustituyen lo vivencial subjetivo del placer del encuentro con el otro (H.Bleichmar, 2002).

A mayor heterogeneidad de inscripciones inconscientes, mayor diversidad de las formas clínicas psicopatológicas. (Killingmo, 1989; Kohut, 1971; Winnicott, 1979). Una nosografía extendida del sufrimiento, más allá del conflicto psíquico, permite conceptualizar las fallas estructurales primarias del orden del déficit. Éstas afectan el sentimiento de identidad, de continuidad existencial, el aporte de sentido, el apaciguamiento de la angustia, la función de sostén, amparo, apego, el estado real de conectividad con el otro, la vitalidad del deseo. Denotan un aspecto precario del self genuino del niño y, sobretodo, advierten sobre la

ruptura, tanto del vínculo con las figuras parentales como con el proceso de parentalización, entendiéndose por esto las formas de trato, cuidado y acompañamiento reales y vivenciadas, así como los estilos de comunicación y comunión intersubjetivas logradas (Bollas, 1987). Son necesidades relacionales no satisfechas oportunamente, dirigidas a la búsqueda de un objeto que cuide, afirme y sustancie demandas emocionales de experiencias de conectividad con el otro y de aporte de significación (Killingmo, 1995; Khan, 1991; Stern, 1985). Representan la afirmación de la necesidad de una condición mínima de preservación de puntos de certeza para la existencia del yo, sin los cuales la prueba de la duda no puede quedar a disposición del sujeto para su uso. (Aulagnier, 1980).

Una consecuencia natural de todo ello fue la revisión de la técnica standard y su pertinencia para intervenir sobre el origen múltiple y complejo del sufrimiento, a fin de reflexionar sobre las adecuaciones e inadecuaciones de su uso instrumental. Una técnica única y homogénea limita su aplicabilidad y restringe la potencialidad experiencial de la relación terapéutica. El cambio es más un proceso que un hecho, que no se debe sólo a las ideas contenidas y teóricamente correctas en una interpretación, sino muchas veces a las formas en que esas ideas se transmiten. De esta manera se diferencia el valor de verdad semántico de la interpretación de su verdad afectiva. Nos interesa discriminar cuándo opera una u otra, en función de los cambios que facilita o los procesos que moviliza (Bleichmar, 1997; Balint, 1982; Khan, 1991; Canestri, 1994).

La relación terapéutica resalta los aspectos subjetivos para cualquier proceso analítico y cualquier psicopatología, pero adquiere relevancia y especificidad para intervenir sobre organizaciones inconscientes pre-representacionales o pre-verbales con escasa o nula simbolización (Dunn, 1995). Como trama intersubjetiva posibilita compartir estados psíquicos que emergen desde una relación de interafectividad e interintencionalidad (Stern, 1987).

Quisiera destacar que nuestra praxis clínica enfrenta la dificultosa tarea de comprender:

- ¿Cómo introducirse en la experiencia subjetiva del otro y hacerle saber que hemos llegado allí, sin que medien únicamente palabras?
- ¿Cómo podemos saber que nos hemos conectado con el otro en su vivencia interna, profunda y única y no meramente con sus conductas?
- ¿Cómo desprendernos de nuestro lenguaje teórico para no aislarnos de los procesos afectivos íntimos y genuinos del sujeto, y de los propios nuestros como analistas?

La persona del analista y su subjetividad se implican en la tarea y el analista participante representa una función terapéutica tan importante como el analista interpretando. Un analista como pantalla neutra a las proyecciones del paciente resulta insuficiente para entender los múltiples usos que el paciente hace del mismo y qué motivaciones surgen en la búsqueda de un objeto específico para esa realidad psíquica particular (Baranger, 1992; Dryzun, 1998; Goldberg, 1994).

Una mención a la contratransferencia es insoslayable como recurso disponible y positivo, pero la generalidad de su conceptualización no permite una exploración más precisa de qué aspectos de la relación intersubjetiva y de la propia persona del analista se tornan, en ese momento, la herramienta específica que hace al movimiento o detenimiento del proceso.

La interpretación, la construcción, el uso de la abstinencia a la gratificación y la neutralidad valorativa, la artesanía singular que cada analista hace de las diferentes teorías, el silencio, la afirmación, la presencia real del analista, su emocionalidad, su vitalidad expresiva, su espontaneidad, el apaciguamiento de su propia incertidumbre y ansiedad, su disponibilidad abierta a compartir y comprender, su tono de voz, el ritmo particular y cambiante de sus intervenciones, su diccionario emocional interno y privado abierto a una selección específica

de algunas palabras precisas, su experiencia de vida, se transforman en matices instrumentales o específicos instrumentos terapéuticos de diverso orden. Están disponibles para intervenir sobre sectores inconscientes que se activan o desactivan a través de complejos procesos en relación con las formas de inscripción inconscientes y las relaciones de conexión entre las formas representacionales o pre-representacionales que las mencionadas adquieren. Como recursos terapéuticos durante un proceso analítico, su uso instrumental adecuado los entrelaza al mismo tiempo o en tiempos divergentes, o los hace exclusivos para una circunstancia clínica determinada, o contenerse mutuamente en sucesivas dimensiones. Su amplio espectro instrumental en el marco de una técnica ampliada, favorece cambios de nivel de relacionamiento del paciente con su entorno y del propio paciente consigo mismo, al posibilitar formas más elaboradas y discriminadas de subjetivación, funcionamiento psíquico e intersubjetividad. Llevan al proyecto analítico a modalidades exploratorias más autónomas y abiertas al conocimiento (Bollas, 1987; Ferenczi, 1984).

En este sentido, resulta útil diferenciar patología por conflicto de patología por déficit como un posible ordenador teórico (Killingmo, 1989). Existen fenómenos de estructura que no se sellan en la infancia y sus formas mixtas entre conflicto y déficit no se manifiestan clínicamente como unidades separadas de un conjunto sino como cualidades diferentes de un mismo fenómeno con propiedades de oscilación. El analista decide qué fuerzas intervienen en cada momento y en este sentido establece un foco predominante para diseñar una estrategia terapéutica de intervención específica.

La regla fundamental de abstinencia es un motor para la cura porque la satisfacción en la transferencia no incentiva el cambio. Sin embargo, la ausencia de satisfacción en un contexto relacional, desmotiva y desvitaliza, restando coherencia e integridad existencial. El tratamiento no puede abolir la gratificación, no puede excederse en frustraciones y las secuencias repetitivas entre ambas hacen a la esencia del movimiento y creación de un ritmo vital que retorna cuando aparecen las inevitables decepciones. (Stone, 1961).

Para las modalidades vivenciales propias de la patología por déficit, la excesiva frustración redundante en una experiencia de incompatibilidad relacional. El sujeto precisa vivenciar una experiencia de sincronía relacional y un paciente en una regresión que focaliza su punto de urgencia en las fallas ambientales necesita de un analista que regrese a esa modalidad existencial preverbal, no representacional y no intervenga intrusivamente con interpretaciones centradas en contenidos conflictivos. Éstas podrán repercutir violentamente, retraumatizándolo, produciendo efectos indeseables, o reforzando rasgos caracterológicos y detener el movimiento del proceso. Si el analista "no se pone al nivel del paciente", esa realidad psíquica que busca formas y espacios de figuración corre el riesgo de permanecer más aislada y encerrada en sus formas rudimentarias de existencia inconsciente.

La asincronía relacional entre analista y paciente refiere a los desencuentros en la relación terapéutica, útiles o inútiles, necesarias o innecesarias y a las oscilaciones propias entre las diferentes dimensiones emocionales que dominan el cuadro clínico. Muchas fallas ambientales que comprometen el cuidado parental de la infancia y niñez continúan en la vida adulta como formas caracterológicas y/o estados emocionales aislados.

Me referiré sintéticamente al fenómeno del aislamiento de sectores emocionales como de sectores de experiencia que involucran lo afectivo y cognitivo, sin considerar exclusivamente la personalidad esquizoide o narcisística. El aislamiento (Bollas, 1987; Blatt, 1987; Killingmo, 1989, 1995; Dunn, 1995; Khan, 1991; Stern, 1987) podría ser comprendido como consecuencia de la acumulación de incomunicación y la falta de comprensión, que un niño ha sentido y experimentado al no ser escuchado o asistido oportunamente y en forma apropiada. Pero lo aislado existe en una forma particular de no-comunicación, tanto con el entorno como con el sí-mismo propio. Representa un estado emocional solitario, que carga con la existencia humana del sujeto, que se manifiesta como ambiguas sensaciones informes, sensaciones de soledad y desolación, retraimiento, falta de energía, angustias

amorfos y/o sentimientos de vacío. Predomina la opresión y distorsión de una emoción ambigua y no significada, que se separa del intercambio relacional intersubjetivo e intrapsíquico, siendo precario en su forma de contenido psíquico representacional.

Estos procesos de aislamiento, guardan memorias pasadas preverbales que actualizan en la relación terapéutica el ambiente de cuidado parental o la manera en que el objeto de cuidado se conectó con el sujeto. Nunca fueron conscientes y rememoran esas experiencias que al ser memorias almacenadas preverbalmente se activan y desactivan preverbalmente. Así como el inconsciente reprimido se hace presente por sus retoños de lo reprimido, estos sectores inconscientes advienen desde la no palabra como formas oscuras de la existencia del sujeto que no son pensadas ni soñadas (Bollas, 1987), conformando una particular transferencia-contratransferencia que denota distanciamiento, dificultad de acercamiento, estados de desesperación o demandas indiscriminadas hacia el analista. Pueden generar sentimientos hostiles hacia el analista y detenimiento del proceso analítico, si lo que no acontece en el campo relacional es un “allegamiento” óptimo del analista, considerando que el foco transferencial es una necesidad relacional no satisfecha. El término de Bollas (1987) “allegamiento”, resulta interesante y este autor lo describe como un discurso primitivo en el sentido emocional pre-verbal que jerarquiza el esfuerzo en el relacionamiento madre-bebé y que vuelve a presentarse en el interjuego transferencia-contratransferencia. Para Bollas y en cierta medida en consonancia con el entonamiento afectivo al que alude Stern (1987), el paciente tanto como el bebe usan del analista o del objeto materno para re-vivir o vivir en cada caso particular, la naturaleza de la vida temprana del paciente o bebé. El allegamiento alude entonces más al proceso materno silencioso, real y continuo del objeto, allegándose y acercándose con esfuerzo, en su anhelo de construcción de una comunicación de comprensión y conectividad interpersonal. Bollas describe para el allegamiento en la transferencia –contratransferencia, el revivir memorias tempranas del existir y de cómo el objeto se allegó a ese bebe dando cuenta del trato recibido y suministrado, haciendo hincapié en el proceso materno más que en el objeto madre en si mismo. Este proceso es una interacción de encuentros-desencuentros contiguos en torno a rituales de necesidad psicósomática, que aportarían elementos esenciales para las necesidades de apego y de regulación neurobiológica.

Retomando las consideraciones anteriormente citadas de la posible presentación en el proceso analítico, de manifestaciones de distanciamiento, dificultad de acercamiento, estados de desesperación o demandas indiscriminadas hacia el analista, estas no deben confundirse con resistencias al análisis o intentos de violar la abstinencia analítica en procura de una gratificación de deseos, sino con el anhelo de relacionarse que asista esas funciones fallidas. Es un anhelo de sentirse vivo en el contexto de la relación, pero saberse vivo depende del atravesamiento de una experiencia singular y personal con un objeto participante.

Un analista demasiado escrupuloso en el uso de la abstinencia, rígido o insistente en el uso interpretativo sobre contenidos conflictivos -no por ello teóricamente incorrectos- no se ofrece disponible emocionalmente para su paciente, obstaculiza su emergencia en un nivel de comunicación sincrónico con su paciente y frustra la necesidad de comprensión compartida. Lo inconsciente es por definición oscuro, pero en la oscuridad del aislamiento, la asincronía entre paciente y analista es la norma y la neutralidad analítica estricta aumenta la distancia interafectiva y el aislamiento.

La forma y el estilo comunicacional afectivo-ideativo del analista crea un ambiente proveedor y facilitador en el paciente para la transformación de una vivencia desolada en una experiencia compartida, comprendida y comprensible para otro. Cancelar dudas sobre

distorsiones del sentimiento de existencia y de identidad o desenmascarar pseudoconflictos por significaciones autoimpuestas secundariamente para resolver formas pasivas de sufrimiento, no se logra develando sentidos ocultos sino instalando sentidos nunca existentes (Killingmo, 1995).

Desde esta perspectiva el analista y sus dispositivos no son los mismos frente a todos los pacientes, ni frente al mismo paciente en diferentes momentos de la vida o del propio análisis. De ser así, debemos diferenciar entre un análisis instrumentado en forma standard de aplicación de procedimientos uniformes para todo el espectro psicopatológico y un análisis atravesado por experiencias de conocimiento emocional compartido emergentes en ese proceso analítico singular, a través del interjuego transferencia-contratransferencia.

### **Viñeta clínica**

Adriana comienza su sesión relatando un estado emocional que vagamente denomina depresión. No es la primera vez que alude a estas sensaciones. Le faltan palabras para comunicarlas. Siente que no es propiamente una depresión. Es algo que no la anula en su funcionamiento relacional cotidiano, como antes lo hacía en forma más acentuada. Resalta con desaliento que aún habiendo mejorado, todavía la acompaña a pesar suyo. Su relato insiste sobre cómo lograr comunicarlo en forma más real y plena. Transmite un clima interno denso, opresivo, y una sensación de que nunca va a salir de esto. En sesiones anteriores habíamos trabajado sobre su control obsesivo respecto de estas sensaciones.

En esta sesión, sin embargo, un matiz nuevo se agrega: su esfuerzo intenso por hacer comunicable su estado interior.

De a poco, se abre una mayor verbalización. Intervengo apoyando esta búsqueda, sin abrir conjeturas o mayores interrogaciones. Para ese momento de la sesión, no sabía muy bien porque tomaba esta decisión.

Adriana refiere sentir que ese estado es "...como una carrera hacia la felicidad... como una carrera entre la vida y la muerte...", aclarándome que es como correr una maratón. Aparecen asociaciones con los acontecimientos actuales: acaba de divorciarse de su pareja tras varios años de matrimonio. Le pregunto (no muy convencida) si piensa que su asociación sobre la maratón pudiéramos relacionarla con su tendencia competitiva. Ambas confirmamos que aún existiendo este aspecto, sus sensaciones no aluden en esta oportunidad a esa realidad. Tampoco remiten específicamente a la angustia de separación por el divorcio, aunque la intensifiquen y se asocien discursivamente a esta.

Adriana refiere con seguridad que no la apena su divorcio, sino la pérdida del hombre que conoció y con quien había armado un proyecto compartido. Aparece un nexo entre el tema emocional que inicia la sesión y la condición de pérdida, en tanto enfáticamente dice que con aquel hombre había terminado su problema: esa sensación indefinida de depresión.

Mis intervenciones siguen siendo de acompañamiento de esta exploración, de sostenimiento para que no se diluya o ramifique este material en otras temáticas, a veces con silencio y otras con cierta re-evocación de lo que enuncia. Su voz cobra más presencia, fuerza y nitidez y aclara:"... que siente que la depresión es como una forma general de existir en la vida...".Se detiene en silencio reflexivo.... y le acerco una palabra:"... como una dilución ¡!!, tal vez ?...".

Afirma con mayor fuerza en su voz : "... sí, como de dejar de existir...Con él esto había desaparecido, se neutralizaba ".

Mis intervenciones siguen siendo de acompañamiento de esta exploración, de sostenimiento para que no se diluya o ramifique este material en otras temáticas, a veces, con silencio y otras con cierta re-evocación de lo que enuncia. Su voz cobra más presencia, fuerza y nitidez y aclara "que siente que la depresión es como una forma general de existir en la vida" -se detiene en silencio reflexivo- y le acerco una palabra: "como una dilución! tal vez...?" Afirma con mayor fuerza en su voz : "sí, como de dejar de existir... Con él esto había desaparecido, se neutralizaba ".

Guardando silencio pienso que Adriana convivió mucho tiempo con estas sensaciones y que se ha acostumbrado a sostenerlas a solas, aún cuando ya se habían producido algunos cambios sobre esta sensación particular. Le señalo que lo nuevo en esta sesión es su esfuerzo para compartir conmigo esta vivencia tan privada y encerrada.

Adriana refiere tener más recursos para hacerle frente, mayor autoconfianza y un sentimiento más propio de potencia para oponerse. Aclara que igualmente se siente como triste.

Le señalo que coincido con lo que dice, pero que ahora siente que la amenaza reaparece.

Trae una asociación en forma de una rememoración vaga, pero afectivamente intensa: recuerda que era habitual que sintiera de niña una sensación rara y molesta que describe como: "... es como ser la menor... la última... la que queda fuera de todo...". Asocia ésto con una película sobre la guerra, que muestra la historia de personas impedidas o lisiadas que miran desde afuera como el resto de la gente puede vivir de otra manera, caminando, haciendo cosas, participando con todas sus posibilidades, mientras ellos no puede.

Mirando desde afuera, ellos esperan algún día poder participar.

Le señalo que ella parece estar hablando de un prolongado estado de exclusión muy intenso y sostenido en soledad.

Adriana lo confirma diciendo: "...es así...", y agrega que la exclusión aparecía mucho más intensamente en torno a los grupos y no tanto con una persona.

Pienso que es fuerte la valencia de verdad de su "es así " y que no cabe interponer dudas sobre esta afirmación, aunque afirmo lo de la exclusión, y sólo agrego sobre lo mal que ella podía sentirse en esos momentos.

Adriana retorna sobre lo mismo y vuelve a confirmar recordando otras sensaciones vividas con grupos de personas.

Le señalo nuevamente que continúa su esfuerzo por desenmarañar estas vivencias, que ya las reconoce como más propias pero que pienso en su falta de pares... y en especial, le señalo que, al igual como en los grupos donde se sentía excluida, como "de afuera", también ésto debía haberle ocurrido con su familia: ella es la menor de una gran familia, con muchos hermanos más mayores en edad que ella, y sus padres ya eran grandes cuando ella nació y esto la debe haber hecho sentir muy sola, no pudiendo compartir actividades con ellos... mirándolos desde afuera... ellos haciendo cosas que le estaban impedidas a ella.

Adriana se prende de esta intervención desplegándola y haciéndola más propia de sí. Entre otras cosas refiere que: "... así me sentía... como invisible... mirando a la familia como ellos hacían cosas, que no solo yo no podía hacer porque siempre era más chiquita, sino que sentía que no tenía existencia para mi familia...".

Adriana vuelve a cambiar su tono de voz y siento que este tono representa un cambio en su estado interno: está más segura, enfática, trasmite precisión en oposición al matiz de

vaguedad del inicio de la sesión, no tratándose tanto de lo que dice (que es importante en sí mismo) sino de cómo lo dice, en el sentido de que la ambigüedad inicial la mostraba perdida en una trama de sensaciones oscuras e indefinidas, mientras que ahora prevalece un sentimiento más definido y de satisfacción, como de haberse encontrado en un camino de algo personal y significativo. Contratransferencialmente, me sentí tomada por una emoción intensa que pude procesar junto y no antes de atravesar un recuerdo personal surgido espontáneamente durante la sesión. Recordé una anécdota simpática e intensa con mi hija cuando esta tenía 3 años, que nos involucraba a ambas en una situación familiar común, pero que había dejado fuertes afectos en ambas: tanto en mí de ternura, compasión y cierto arrepentimiento, como en ella de hostilidad y algo más. Un reto, reprendiendo sus acciones, había antecedido en horas a nuestra caminata, que se inició en un clima agradable y placentero y así concluyó. El recuerdo se centra en el afecto de la advertencia que mi hijita me hace tranquilamente durante el paseo, como continuando aquello que para ella seguramente no había quedado concluido, aunque para mí, sí, y dice: "...sabes mamita...cuando sea grande te voy a matar...". La situación instantáneamente me produjo entre desconcierto, risa, ternura y desazón; y esta sensación de afectos entremezclados se me reiteró en mi recuerdo 17 años después. Solo después de este recuerdo conseguí armarme vivencialmente una escena posible de la infancia de Adriana con su grupo familiar y acercarme al sentimiento preciso y actitud de los objetos agrupados en "los grandes" y la posición emocional de Adriana, sola e impotente frente a un adulto, que no se esfuerza en allegarse al niño y ponerse en su lugar para comprender lo que siente, lo que lo embarga o necesita. Recién después de salir de mi propio replegamiento, pude transmitirle a mi paciente que comprendía mejor su apesadumbrada y solitaria sensación de insignificancia frente a "los grandes" y a "los otros agrupados" y que ella tenía razón en referir que no era una mera sensación de depresión, pero que le quedaba como una experiencia vaga, no formulable en su momento en palabras, que se alojaba interiormente como una experiencia aislada y más allá del acompañamiento que el entorno pudiera realizar efectivamente.

Desde esta vivencia personal provocada preverbalmente por el material de Adriana, me había puesto en sincronía emocional con su experiencia y con su esfuerzo y pude comprender más plenamente el dramatismo de la sesión: el sentimiento de insignificancia frente al grupo familiar y a los otros, la retención y postergación de acciones por quedar excedida su tramitación, el aislamiento forzado de vivencias emocionales relevantes.

Quisiera resaltar el valor intersubjetivo potencialmente estructurante de la vivencia de esfuerzo que se apoderó de toda la sesión. Representó una experiencia compartida de encuentro en una comunión de sensaciones que, como Stern describe, nos apareó en un estado intersubjetivo, haciendo eco y reflejando una unidad sensorial y de sentido, en una modalidad relacional de búsqueda de conectividad y significación.

La sesión continuó trabajando aspectos de su relación con su ex esposo. Con él, había logrado la posibilidad de compartir este sentimiento, hacerlo cierto y creíble, des-encerrarlo. Pero, sobretodo, se había producido una incipiente transformación del mismo en el sentido de la posibilidad de vivir con su pareja un estado sensiblemente opuesto: de inclusión y sensación personal de existir para el otro.

Al promediar la sesión Adriana señaló, lo que podríamos conceptualizar como consecuencias secundarias del aislamiento, desde donde experiencias posteriores podían haber cobrado una sobresignificación y autoinculpamiento compensatorio del déficit de significación oportuna de la original vivencia de sufrimiento:

Adriana dice: "...yo sentía que algo raro o malo podía tener para que esto me suceda y que por mucho tiempo sentí que era la única que padecía estas sensaciones. Quiero a mi familia y me dieron muchas cosas...me siento querida, pero creo que nunca hicieron el esfuerzo de ponerse en mi lugar cuando me sentía mal, afuera... desigual.

Adriana parece cancelar una duda esencial sobre sí misma: confirma que tiene derecho a

contar con el esfuerzo del otro significativo y no quedarse sola y aislada con su sufrimiento, impedida de incluirse en su entorno. Asegurado este plano de certeza, Adriana avanza más libremente y confiada en modalidades de mayor conocimiento de sí misma, aportando material en sucesivas sesiones que permiten otro nivel de procesamiento psíquico más elaborado y simbólico.

Me abstuve de mencionar datos biográficos, traumáticos y relacionales de su historia familiar con el propósito de concentrarnos en el trabajo de la actitud emocional del analista, su disponibilidad emocional, los recursos a los cuales la experiencia subjetiva de la relación entre analista y paciente queda sometida, para poder vehicular estados emocionales indiferenciados hacia una mayor definición y comprensión.

La flexibilización y ampliación de la técnica evita en una viñeta como la presentada encerrar al analista y paciente en un sin fin de intelectualizaciones o comprensiones teóricas que, aunque correctas, comprenden desde la periferia la experiencia central emocional del paciente en ese momento determinado.

A modo de cierre, y a fin de entrelazar las ideas teóricas con la viñeta clínica, muestro un abordaje posible para el logro de una experiencia emocional compartida, que transporta a otra dimensión la posibilidad de conocimiento subjetivo del paciente. Algunas puntuaciones sintetizan estos logros:

- La necesidad de ser comprendido y comprensible;
  
- El logro de un sentimiento de esperanza y entusiasmo de que es posible estar con otro compartiendo una experiencia aislada y solitaria;
  
- El alivio al cancelar dudas sobre una impresión o vivencia personal sin sentido;
  
- La revisión de significaciones autoimpuestas secundariamente de culpa o de sentimiento de que algo está mal en el si mismo;
- La ilusión de que un cambio es posible;
  
- La vivencia de finalización de un estado emocional intolerable;
  
- La transformación de experiencias relacionales que aportan mayor seguridad para explorar el entorno y para acceder a niveles más elaborados y reflexivos de autoconocimiento, conocimiento del entorno y de sus relaciones con uno mismo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Aulagnier, P. (1980). *Los destinos del placer. Alienación, Amor, Pasión. Ediciones Petrel: 73-118.*

Balint, M. (1982). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión. Paidós: 31-45.*

Baranger, M. (1992). La mente del analista; de la escucha a la interpretación. *Rev. de Psicoanal. XLIX, 2: 223-237.*

Blatt & Smith. (1987). Internalization, Separation –Individuation and the nature of therapeutic Action. *Intern. J Psychoanal. : 279-297.*

Bleichmar, H. (Marzo, 2002). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. *Aperturas Psicoanalíticas, 9.*

Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas.* Paidós: 117-220.

Bollas, C. (1987). *La sombra del objeto. Ediciones: 15-61.*

Canestri, J. (1994). Transformations. *Int. J. Psychoanal., 75:1079-1092.*

Dryzun, J. (1998). Los intocables: el método psicoanalítico. Dos destinos posibles: mediación distanciadora o inquietud desvinculante. *Rev. de Psicoanal. 1:159-178.*

Dunn, J. (1995). Intersubjectivity in psychoanalysis: A critical review. *Int. J. Psych., 76:723-738.*

Ferenczi, S. (1984). *Confusión de lengua entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y la pasión. Psicoanálisis IV. Espasa Calpe: 139-163.*

Ferenczi, S. (1984). *Reflexiones sobre el traumatismo. Psicoanálisis IV. Espasa-Calpe: 97-123.*

Freud, S. (1913). *Sobre la iniciación del tratamiento. O.C. Vol. XII. Buenos Aires. Amorrortu.*

Freud, S. (1915). *Lo inconsciente. O.C. Vol. XIV. Bs. As. Amorrortu.*

Freud, S. (1919). *Nuevos Caminos de la terapia analítica. O.C. Vª17 Amorrortu.*

Goldberg, A. (1994). Farewell to the Objective analyst. *Int J. Psychoan., 75:21-30.*

Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: implications for technique. *Int.J. Psych., 70: 65-79.*

Killingmo, B. (1995). Affirmation in psychoanalysis. *Inter. J. Psychoanal., 76: 503-518.*

Khan, M. (1991). *Locura y soledad entre la teoría y la práctica psicoanalítica. Lugar Editorial: 91-112 y 187-195.*

Kohut, H. (1971). *Análisis del self. Amorrortu.*

Ogden, T. (2004). This art of Psychoanalysis. Dreaming undreamt dreams and interrupted cries. *Int. J. Psych., 85: 857-877.*

Stern, D. (1987). El sentido de un si-mismo subjetivo. Entonamiento de los afectos. En: "*El Mundo Interpersonal del infante*:173-199.

Stone, L. (1961). *The psychoanalytic situation: An examination of its development and essential nature*. Int. Univ.Press.

Winnicott, D. (1979). *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Laia Editorial: 65-111.

Anzieu, A. (1972). La interpretación: su escucha y su comprensión por el paciente. *Rev. de psicoanálisis*, 2: 283-297.

---

**0911435**