

NASIO

**iSí,
el psicoanálisis
cura!**

PRÓLOGO DE GABRIEL ROLÓN

PAIDÓS

¡Sí, el psicoanálisis cura!

J. D. Nasio

¡Sí, el psicoanálisis cura!

Traducción de Alcira Bixio

 PAIDÓS®

Obra editada en colaboración con Editorial Planeta – Argentina

Diseño de portada: Gustavo Macri

© 2017, Juan David Nasio

© 2017, Traducción de Alcira Bixio

© 2017, Prólogo de Gabriel Rolón

© 2017, Editorial Paidós SAICF - Buenos Aires, Argentina

Derechos reservados

© 2017, Ediciones Culturales Paidós, S.A. de C.V.

Bajo el sello editorial PAIDÓS M.R.

Avenida Presidente Masarik núm. 111, Piso 2

Colonia Polanco V Sección

Delegación Miguel Hidalgo

C.P. 11560, Ciudad de México

www.planetadelibros.com.mx

www.paidos.com.mx

Primera edición impresa en Argentina: agosto de 2017

ISBN: 978-950-12-9561-0

Primera edición impresa en México: noviembre de 2017

ISBN: 978-607-747-456-2

No se permite la reproducción total o parcial de este libro ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del *copyright*.

La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Arts. 229 y siguientes de la Ley Federal de Derechos de Autor y Arts. 424 y siguientes del Código Penal).

Si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra diríjase al CemPro (Centro Mexicano de Protección y Fomento de los Derechos de Autor, <http://www.cempro.org.mx>).

Impreso en los talleres de Litográfica Ingramex, S.A. de C.V.
Centeno núm. 162, colonia Granjas Esmeralda, Ciudad de México
Impreso en México –*Printed in Mexico*

Prólogo

La noche era fría y una incipiente neblina flotaba sobre el río. El taxi avanzaba por las calles parisinas y mi corazón se aceleraba cada vez más; no siempre la vida nos regala la posibilidad de cumplir un sueño. A mi izquierda pasaban los puentes del Sena; a la derecha, el Museo del Louvre. Era ciertamente un paisaje único y sin embargo mi mente estaba invadida por un eco lejano; palabras de un autor que me habían acompañado durante todos los años de mi formación profesional. De hecho, resonaban en mí como si hubiera podido interrogarlo cuando leía sus libros:

–Maestro: ¿de qué se ocupa el psicoanálisis?

–*El psicoanálisis se ocupa de cosas simples, muy simples, que son también inmensamente complejas. Se ocupa*

del amor y del odio, del deseo y de la ley, del sufrimiento y del placer, de nuestras palabras, de nuestros actos, de nuestros sueños y fantasmas. El psicoanálisis se ocupa de cosas simples y complejas, pero eternamente actuales.

En mis ansias de saber pasaba las hojas y continuaba preguntando:

—¿Qué es el Complejo de Edipo?

—*El Complejo de Edipo no es una historia de amor y odio entre padres e hijos. Es una historia de sexo. No involucra sentimientos tiernos u hostiles, sino que es un asunto de cuerpos, de deseos, de fantasías y de placer. El Edipo es una inmensa desmesura. Es un deseo sexual propio de un adulto vivido en la cabecita y el cuerpo de un niño o una niña de 4 años.*

—¿Y el Inconsciente?

Lo imaginé sonriendo mientras me respondía con gesto travieso.

—*Sepa que el Inconsciente es, ante todo, una curiosa memoria.*

En mi voraz lectura había incorporado cada uno de sus conceptos, e incluso alguna vez casi lo presenté aconsejándome desde sus obras:

—*Gabriel, para escuchar a un paciente debe estar cercano. Arrímese al borde del sillón y escuche. Pero no solo sus palabras, vaya más allá y perciba las tensiones inconscientes que lo hacen sufrir. Deje que esa cercanía lo movilice... Anímese a entrar en su mundo psíquico y permita que este le revele el conflicto que causa su dolor.*

Leyéndolo comprendí que el psicoanálisis es un viaje que tiene como punto de partida la angustia y como destino final el develamiento de su origen. Un camino que recorren juntos dos aventureros sin otra brújula más que la palabra, cuyos motores son el deseo de saber y la pasión. El viajero recibe el nombre de *paciente* y el compañero es su *analista*.

Sin embargo, este autor me invitaba a pensar que el profesional no es un acompañante silencioso, que ambos son al mismo tiempo el capitán y el remero, la barca y el mar; que el Inconsciente no pertenece solo al paciente sino que se trata de un mundo que construyen juntos. Entendí que el recorrido de un análisis siempre es difícil, que muchas veces se debe vencer el impulso de detenerse y volver al punto de partida; a ese lugar sufriente que es vivenciado como seguro. Ya Heidegger se pronunció al respecto: *Lo seguro no es seguro, es terrible.*

Concluí que analizarse implica recorrer las páginas de la propia historia. Desde allí nos miran nuestros padres, el niño que fuimos y aquellas escenas que, ocultas tras la niebla del olvido o la represión, esconden la llave que conduce a una verdad que puede, como a los compañeros de Odiseo, convertirnos en *hombres* y aliviar el dolor.

La lectura de sus trabajos me convenció, además, de que resulta indispensable estar dispuesto a entregarse en cuerpo y alma para ayudar al paciente

a emprender un nuevo viaje. Un viaje en el cual, a diferencia del anterior y a pesar de las dificultades de la vida, conozca el destino al que desea arribar.

Lejos del estereotipo del analista mudo y ausente, cada página me instaba a comprometerme, a tomar la palabra cuando hiciera falta, pero especialmente a mirar los ojos del paciente y dejarme recorrer sin culpa por la emoción que se genera dentro del consultorio.

Y ahora estaba ahí, a punto de conocerlo.

El automóvil se detuvo en un edificio a orillas del Sena. Me acerqué hasta la puerta y toqué el timbre. A los pocos minutos abrió un hombre de mirada cálida y sonrisa generosa. Un anhelo largamente esperado se cumplía: estaba estrechando la mano del doctor Juan David Nasio.

No pretendo narrar cada episodio de aquella noche inolvidable, solo diré que se pareció mucho a un milagro.

Con gran entusiasmo, el Maestro me llevó a recorrer París y, durante una cena que gentilmente invitó, habló de sus inicios en la profesión, de su relación con Enrique Pichon-Rivière y José Bleger, su llegada a Francia, su vínculo con Jacques Lacan e incluso del proyecto de un libro en el que había trabajado durante todo el día; el mismo que hoy tengo el honor de prologar. Tuvo, además, la deferencia de interesarse por mí con verdadero afecto.

Hoy nos une el comienzo de una amistad; pero, sobre todo, puedo decir que entiendo su obra mucho mejor que antes. Porque he comprobado que ese analista al que tantos admiramos no es solo un *semblante*, es antes que nada un hombre. Alguien bondadoso que se brinda cada día con pasión inaugural a la práctica y teorización del psicoanálisis.

Parafraseando a Octavio Paz, Nasio porta el milagro de una doble llama: la de la rigurosidad, dada por su destino francés, y la de la cercanía afectiva, que le brinda su argentinidad. Porque, más allá de los honores con los que ha sido galardonado, en su mirada todavía puede reconocerse a aquel chico que entró por primera vez a un hospital de la ciudad de Rosario para acompañar a su padre, un médico abnegado, y aprendió de él la sensibilidad frente al padecimiento de los demás.

No se puede ser un buen analista sin ser antes una buena persona.

Muchas veces se ha cuestionado la pertenencia del psicoanálisis a la ciencia. Los positivistas han argumentado que su teoría y sus métodos no resisten las menores pruebas de laboratorio. Hoy el doctor Juan David Nasio le pone el pecho al tema y sentencia sin dudar: *¡Sí, el psicoanálisis cura!*

El universo que recorre esta obra es *el Inconsciente*, lugar en el cual habitan monstruos que asustan mucho más que cualquier otra criatura porque vie-

nen de nosotros mismos y tienen rostros que se parecen demasiado a quienes amamos.

Sin dudas, el autor nos plantea un desafío inquietante: recorrer esos mundos oscuros y desconocidos que nos enferman y, sin embargo, pueden sucumbir ante el poder de la escucha y la palabra de un analista.

GABRIEL ROLÓN

Buenos Aires, un 4 de junio de 2017

*El verdadero lugar de nacimiento
es aquel donde por primera vez
uno echa sobre sí una mirada inteligente.*

MARGUERITE YOURCENAR

*Transmitimos a nuestros hijos
más lo que somos que lo que les decimos.*

J. D. N.

¡Sí, el psicoanálisis cura! ¿Cómo justificar semejante afirmación? Me he dado cuenta de que mi experiencia clínica y mi reflexión teórica se han enriquecido con el paso de los años y de que los pacientes que manifestaban su gratitud luego de concluido su tratamiento eran cada vez más numerosos. Hoy me digo que puedo y debo confiar plenamente en la eficacia de mi larga y apasionante práctica psicoanalítica que no dejo de conceptualizar, de enseñar y de compartir con otros clínicos. Es esta confianza la que me incita a decirle, sin vacilar: ¡Sí, el psicoanálisis cura! Evidentemente ningún paciente se cura completamente, y el psicoanálisis, como todo remedio, no cura a todos los pacientes ni cura de manera definitiva. Siempre quedará una parte de sufrimiento, un sufrimiento irreductible, inherente a la vida, necesario a la vida. Vivir sin sufrimiento no es vivir.

Es útil destacar que el psicoanálisis, contrariamente a lo que sostienen sus detractores, ha demostrado desde el inicio su indiscutible eficacia para tratar numerosas afecciones: trastornos del humor (depresiones), trastornos ansiosos (fobias), trastornos alimentarios (anorexia, bulimia), trastornos obsesivos compulsivos y muchas otras patologías que llevan nuestros pacientes a la consulta. La eficacia del psicoanálisis se verifica asimismo en el

tratamiento de la depresión del lactante, en el de la neurosis infantil, en la resolución de conflictos familiares, conyugales o hasta profesionales, sin olvidar el papel de coterapeuta que desempeña el analista en el tratamiento de las neurosis graves y de las psicosis trabajando en colaboración con un psiquiatra que prescribe la medicación. Pero, hagamos una salvedad. Para que el psicoanálisis sea eficaz, es necesario que quien consulta reúna las siguientes características: que sufra, que no soporte más sufrir, que se interroge sobre las causas de su sufrimiento y que tenga la esperanza de que el profesional que va a tratarlo sabrá cómo librarlo de su tormento.

Una precisión con respecto a la palabra “curar”. Habitualmente, “estar curado” significa haber superado una enfermedad. Por supuesto, la mayor parte de nuestros pacientes no están enfermos en el sentido médico del término, sufren por estar en conflicto consigo mismos y con los demás. Justamente, es ese conflicto interior y relacional lo que el psicoanálisis intenta hacer desaparecer. En suma, y desde el punto de vista psicoanalítico, uno está curado cuando consigue amarse tal cual es, cuando llega a ser más tolerante consigo mismo y, por lo tanto, más tolerante con el entorno cercano.

*Cómo trabajo
y ayudo a mis pacientes a curarse.
El caso del Hombre de negro*

★

La idea central de este libro

★

*Interpretar es decirle claramente al paciente
lo que él ya sabía, aunque confusamente*

★

*Cuatro variantes inéditas
de la interpretación del psicoanalista
ilustradas con ejemplos concretos*

★

*La curación
sigue siendo un enigma*

*Cómo trabajo
y ayudo a mis pacientes a curarse.
El caso del Hombre de negro*

*Para ser eficaz, un psicoanalista
debe desarrollar sin cesar dos cualidades:
una fina sensibilidad que le permita percibir
los movimientos ocultos del inconsciente del otro,
y el arte de dejar hablar
a su propio Inconsciente Instrumental.*

J. D. N.

En este capítulo, trataré de hacerle vivir, de la manera más sentida, la experiencia esencial que un paciente debe atravesar para encaminarse hacia la curación. Hay que saber que esta experiencia tan determinante puede darse varias veces en un tratamiento, todas las veces en que yo me encuentro en contacto directo y activo con el inconsciente de mi

analizante. Pero, hablarle a usted de esta experiencia equivale a hablarle de la manera en que trabajo para acompañar a mi paciente hacia un nuevo nacimiento. Acompañarlo, no tomándolo de la mano, sino, ya lo veremos, dejando nuestros dos inconscientes interpenetrarse profundamente. Si usted me preguntara cómo trabaja un psicoanalista para llevar a su paciente a la curación, yo le respondería sin vacilar: un psicoanalista trabaja sirviéndose del mejor instrumento que tiene a su alcance, su propio inconsciente, al que yo llamo *Inconsciente Instrumental*. Pero ¿cómo concebir que el inconsciente, instancia tan inmaterial y personal, sea un instrumento y, por si fuera poco, un instrumento destinado a escuchar a los pacientes y a acompañarlos hasta la desaparición de sus tormentos? **Estoy convencido de que un psicoanalista cura a su paciente gracias, no solo a lo que sabe, a lo que dice o a lo que hace, sino sobre todo gracias a lo que es y, agrego, a lo que es inconscientemente.** Más allá de la escuela a la que pertenezca y más allá de la técnica que emplee, un psicoanalista dispone de un instrumento capital, delicado e incomparable: su propia persona, es decir, lo que es en lo más profundo de sí mismo y que ignora. Eso es el inconsciente. El inconsciente es esa parte oculta de nosotros mismos que determina lo que somos y, cuando actuamos como terapeutas, determina lo

que somos ante el paciente que sufre. En una palabra, un psicoanalista trabaja y cura a sus pacientes con su propio inconsciente, con su *Inconsciente Instrumental*.

Pero ¡atención! El inconsciente con el que trabaja el psicoanalista no es su inconsciente personal en su estado habitual, sino su inconsciente personal sublimado. Sí, nuestro inconsciente de psicoanalista es un inconsciente refinado, amasado y moldeado por muchos años de análisis personal, por largos años de práctica, es decir, muchos años en los que, al escuchar a nuestros pacientes, aprendimos a dialogar con nosotros mismos y a conocernos mejor interiormente. Un inconsciente modelado, además, por los intercambios regulares con un supervisor que nos ayuda, cuando somos jóvenes practicantes, no solo a resolver las inevitables dificultades con que nos encontramos en el ejercicio de nuestra práctica sino también a afinar nuestra sensibilidad de terapeutas. Es también un inconsciente formado por el estudio apasionado e ininterrumpido de una teoría psicoanalítica que no dejamos de recrear y de ajustar a la clínica. Digamos entonces que un psicoanalista trabaja y cura a sus pacientes con su inconsciente, su inconsciente de terapeuta, un inconsciente flexible, receptivo y creador.



Pero concretamente, ¿cómo trabajamos con nuestro *Inconsciente Instrumental*? Para responder, me gustaría presentarle mi experiencia de psicoanalista y mostrarle lo que ocurre en mi psiquismo cuando, concentrado, escucho a mi paciente. A decir verdad, querría que usted entrara en mi consultorio y, como si fuese invisible y silencioso, se instalara a mi lado, tomara una lupa mágica y observara lo que pasa en el interior de mi cabeza y de mi corazón de terapeuta cuando me focalizo en mi paciente.

Vamos a proceder de la siguiente manera. Voy a dividir este capítulo en dos partes. En la primera, usted verá desplegarse la actividad mental del psicoanalista cuando, al escuchar a su analizante, desciende al interior de sí mismo, percibe entonces el inconsciente de dicho analizante, remonta a la superficie y le comunica lo que ha percibido. En la segunda parte, le presentaré un ejemplo concreto de esta escucha endopsíquica, ejemplo que he llamado *El caso del Hombre de negro*.

Mi idea medular es la siguiente: cuando un psicoanalista escucha a su paciente movilizándolo su *Inconsciente Instrumental* y dirigiéndole una palabra decisiva, cuando esto sucede, el paciente toma conciencia del fantasma patógeno que, insidiosamente, lo domina y de la imagen negativa de sí mismo que

emana de dicho fantasma. De este modo, el paciente modifica la relación que mantiene consigo mismo y, por lo tanto, su estado mejora.

La escucha del psicoanalista es un proceso en 5 etapas

Pero, vayamos con más lentitud. ¿Qué significa escuchar? Escuchar a un paciente no es una simple disposición de espíritu, por benevolente que esta sea. No. Escuchar es estar muy concentrado en las manifestaciones verbales y no verbales del paciente. Escuchar es exactamente lo opuesto a la atención flotante considerada equivocadamente como un estado de inatención del terapeuta. Por el contrario, escuchar a quien nos habla es concentrarnos activamente en lo que nos dice, tratar de ir más allá de las palabras que pronuncia y, sobre todo, más que ninguna otra cosa, sentir en nosotros su emoción consciente y, si es posible, su emoción dolorosa e inconsciente.

Me explicaré mejor recordando la distinción entre el verbo “oír” y el verbo “escuchar”. Oír es la actividad auditiva de un oído que percibe los sonidos exteriores o las voces que llegan a él. Habitualmente, cuando oímos lo que nos dicen, percibimos la sonoridad de las palabras y comprendemos el sentido de las frases pronunciadas. Aquí, oímos.

Pero cuando escuchamos, es algo totalmente distinto; cuando escuchamos, ya no oímos nada. Cuando escuchamos, estamos más allá de los sonidos y de los sentidos, estamos sordos a los ruidos que molestan e indiferentes a los pensamientos que distraen. Aquí, escuchamos. En resumen: **oímos las palabras pero escuchamos el inconsciente.**

Veamos ahora lo que pasa cuando el psicoanalista escucha totalmente focalizado en el mundo interno y afectivo de su paciente. Quiero aclararle desde ahora que este estado de intensa concentración es el momento culminante de un proceso que se desarrolla en varias etapas, proceso que llamo **proceso de la escucha**. La escucha no es, pues, el acto de un instante sino un proceso que se cumple en 5 etapas.

Antes de examinar en profundidad cada una de esas etapas, le propongo que hagamos una síntesis del proceso. Durante la primera etapa, el analista observa con atención el comportamiento y la actitud de su paciente. *Primera etapa* de la escucha, pues: la *Observación*. Luego, cuando su paciente le habla, el terapeuta trata de comprender el sentido latente de las palabras oídas y de las actitudes observadas. *Segunda etapa*, entonces: *Comprensión*. Durante la *tercera etapa*, etapa culminante del proceso de la escucha, el psicoanalista escucha plenamente. Es uno de los momentos más apasionantes de la relación analítica porque, en ese

instante, el *Inconsciente Instrumental* del psicoanalista y el inconsciente del analizante se interpenetran. Digo que ese momento es decisivo porque **solo a partir de la imbricación íntima de los dos inconscientes se hace posible la curación**. Dicho de otro modo, la ausencia de esta tercera etapa crucial compromete la curación. Y, a la inversa, diría que si, al final de una terapia, el estado del paciente ha mejorado notablemente, podemos deducir que la imbricación de los dos inconscientes se ha producido de manera satisfactoria, aunque los dos actores no lo hayan advertido. Aquí quiero hacer una precisión. Acabo de utilizar la expresión “imbricación íntima de dos inconscientes”, que sin duda le ha hecho evocar la fórmula consagrada “comunicación entre inconscientes”. Ahora bien, a lo largo de las páginas siguientes, lejos de repetir esta fórmula como si fuera evidente, me esfuero por desenmarañar, una por una, las madejas de la unión de los dos inconscientes que interactúan en la terapia. Otra precisión: en el fondo, yo no debería hablar de dos inconscientes distintos que se imbrican, sino de un solo y único inconsciente que **se produce** en el momento mismo de la interpretación, un inconsciente nuevo que no pertenece al analizante ni al analista, sino que es el fruto de su encuentro común. *Tercera etapa*, entonces: la *Escucha propiamente dicha*.

*El terapeuta debe ser él mismo con su paciente,
pero sin sentirse
personalmente afectado.*

J. D. N.

En la etapa siguiente, la más difícil de explicar, el terapeuta se instala en el inconsciente de su paciente. Más precisamente, esta es la etapa en la que el terapeuta siente, no la emoción que siente el paciente en el momento mismo en que habla, sino la vieja emoción traumática que él ha sufrido siendo niño y que luego reprimió. Una cosa es sentir lo que siente la persona que tengo ante mí y otra muy distinta sentir lo que esa persona ha sentido dolorosamente cuando era un bebé, un niño o un adolescente y que, ahora, ha olvidado. Es la etapa de la *Identificación* del analista de hoy con el niño dolorido de ayer. Tomemos un ejemplo. Estoy frente a una mujer depresiva. Esta triste y me dice que su vida ya no tiene sentido. Lloro. La emoción palpable que invade el instante y el espacio de nuestro encuentro es la tristeza. Pues bien, yo siento su tristeza sin estar triste yo mismo. Si el paciente siente angustia, yo siento su angustia sin angustiarme yo mismo. Soy auténticamente yo mismo con mi paciente, pero no me siento afectado en mi ser. Sin embargo, para un psicoanalista, lo importante no es esta identificación empática; todos nos sentimos inclinados, en forma espontá-

nea, a compartir la emoción vivida por el otro. Compartimos cotidianamente los dolores y las alegrías de nuestra pareja, de nuestra hermana, de nuestra madre o de nuestros hijos. Pero, para el psicoanalista, es muy diferente. La especificidad del analista consiste en **sentir la vieja emoción traumática que el paciente ya no siente hoy** y que, sin embargo, está allí, está en él, oculta detrás de la emoción manifiesta. Por cierto, yo siento la tristeza de la paciente depresiva que me habla, pero, siendo psicoanalista, siento, detrás de la tristeza, el odio sordo provocado por una antigua decepción dolorosa vivida como una injusticia. Me identifico entonces con la niña o con la joven adolescente de ayer, decepcionada y rencorosa.

*Detrás de la tristeza depresiva
se esconde el odio*

Tomando este ejemplo del terapeuta capaz de sentir el odio oculto bajo la máscara de la tristeza depresiva, recuerdo mis años jóvenes de residente en psiquiatría cuando mi jefe de Servicio, el profesor Mauricio Goldenberg, me dijo: "Nasio, desde ahora, usted se ocupará de las ancianas que sufren depresión involutiva". Me veo en el hospital de Lanús, con mi guardapolvo blanco, atravesando la sala de

espera a las ocho de la mañana, sala ya repleta de viejitas encogidas y tristes. Al estar deprimidas, se despertaban muy temprano, a las cinco, con una sola idea en la cabeza: ir a la cita con su médico. Recuerdo muy bien el pequeño consultorio donde recibía a esas mujeres sufrientes, una tras otra, durante toda la mañana. Al escucharlas, me impresionaba ver que muchas de ellas tenían un temperamento bilioso. Es verdad, estaban deprimidas y tristes, pero su tristeza era rencorosa. En aquella época, ese rencor en particular no me llamaba la atención. Solo muchos años después comprendí que detrás de la tristeza se escondía el odio y que para tratar la depresión siempre había que llevar al analizante a reconocer su odio contra aquel ser cercano que él sintió que lo había herido injustamente. Odio que el paciente terminó por dirigir contra sí mismo y lo llevó a deprimirse. Odio al otro y odio a sí mismo.

Para redondear la descripción de la cuarta etapa del proceso de la escucha, diría ahora que la operación mental que efectúa el psicoanalista durante esta fase no es la simple empatía, sino la *doble empatía*, vale decir, la captación de la emoción vivida por el paciente que está ante él, pero también la captación de la emoción traumática vivida por el niño herido que el paciente conserva en su interior. *Cuarta etapa*, pues: la *Identificación del psicoanalista de hoy con el niño herido de ayer*.

Llegamos por fin a la quinta y última etapa del proceso de la escucha. En este momento, el analista comunica a su analizante la emoción que ha experimentado durante la identificación. Esta verbalización de lo reprimido patógeno alivia al paciente y lo orienta hacia la curación. *Quinta etapa*, entonces: la *Interpretación*. Más adelante, en un próximo capítulo, haré la distinción entre las cuatro variantes de la interpretación que utilizo habitualmente en mi práctica: la *Interpretación narrativa*, que aparece ejemplificada en *El caso del Hombre de negro*; la *Prosopopeya interpretativa*; la *Interpretación gestual* y, por último, la *Rectificación subjetiva*; todas ellas son variantes inéditas de la interpretación analítica que conducen al paciente a nombrar y a reconocer como suya la emoción traumática que lo carcomía desde el interior.

★

Ahora, podemos resumir el proceso de la escucha de esta manera:

el psicoanalista *observa*,
trata de *comprender*,
escucha plenamente,
se identifica y, finalmente,
comunica su interpretación

Por supuesto, estas secuencias no están herméticamente separadas y no siempre siguen ese orden. No obstante, quiero hacer dos observaciones. Primero, con independencia del orden, las cuatro primeras etapas se condensan invariablemente en un solo instante, el de la interpretación. Segundo, insisto en señalar que la plena escucha es la etapa indispensable para lograr una interpretación eficaz de la que surgirá la curación.



Pero, antes de examinar más en detalle cada una de estas 5 etapas, querría indicarle la *premisa* que condiciona el conjunto del proceso de la escucha. ¿Cuál es esa premisa? Pues bien, para alcanzar tal nivel profundo de escucha, el analista debe ante todo y sobre todo **querer entrar en el mundo interior y silencioso del paciente**, tener el deseo de saber cómo él se percibe interiormente e incluso cómo él se ignora. ¿Qué significa conocer a alguien desde dentro? Es conocerlo tal como él se siente y se juzga a sí mismo, a veces como alguien demasiado seguro de sí, a veces como alguien vulnerable; a veces demasiado engreído, a veces como alguien despreciado; a veces como un seductor irresistible, a veces como alguien malquerido. En suma, la premisa insoslayable que

preside toda escucha terapéutica es tener el ferviente deseo de deslizarse en el mundo interno del hombre, de la mujer, del joven o del niño que nos habla. Si el psicoanalista no se siente aguijoneado por esa voluntad de ir hacia el otro, de penetrar en su universo íntimo, de sentir lo que el otro siente en su interior y descubrir por qué sufre, no pasará nada. En cambio, si el analista se siente estimulado por el deseo de entrar en el otro y lograr reavivar la llama extinguida de su paciente, podemos estar seguros de que el analizante, sensible a ese impulso hacia él, será más receptivo y estará más dispuesto a seguir avanzando. En una palabra, la premisa absoluta para que nuestro paciente alcance la curación es que nosotros tengamos el firme deseo de vivir lo que él vive interiormente y despertar su propio deseo.

Aquí debo hacer una reserva importante. La **experiencia de la escucha**, tal como voy a detallarla, es para mí un ideal que alcanzo con frecuencia. No obstante, hay que reconocer que tal experiencia **no se produce cuando uno quiere ni con todos los pacientes ni durante todas las sesiones de un mismo paciente**. Dicho esto, debo precisar además que, con el correr de los años, el trabajo de la escucha ha creado en mí un estado permanente de sensibilidad refinada a la presencia íntima del otro. A fuerza de sumergirme todos los días y desde hace tantos años en la intimidad de un gran número de perso-

nas que sufren, me he vuelto cada vez más receptivo al inconsciente del otro. En este sentido, estoy seguro de que todos los profesionales, sea cual fuere su formación, comprometidos auténticamente en la escucha de sus pacientes, han adquirido también esta disponibilidad y esta sensibilidad óptimas que les han facilitado obtener el éxito en las terapias que dirigen.

I. La Observación

Una vez planteada la premisa, pasemos ahora a la *primera etapa* del proceso de la escucha, la *Observación*. Si bien es verdad que muchos de nosotros poseemos naturalmente el don de la observación, el psicoanalista, por su parte, debe hacer de ese don una herramienta que perfecciona de manera constante. Suelo aconsejar a mis alumnos que se presnten al juego de observar a las personas e inventarse historias a partir de lo que ven. Haga usted también la experiencia. Por ejemplo, usted va sentado en el subte, solo y distraído. De pronto, se da cuenta de que, sentada frente a usted, viaja una señora de cierta edad. Usted la observa discretamente y, desviando con pudor la mirada, se dice: “Probablemente esta señora vive sola, es viuda y tiene un gato. Está yendo a visitar a su hija, que debe andar por los 30 años”. Al observar la expresión preocupada de la dama, usted se dice también: “Está inquieta y debe estar preguntándose cómo hacer para reconfortar a la hija desgarrada por su divorcio y que acaba de recibir la mala noticia de verse obligada a aceptar la tenencia compartida de su hijito”. ¡Ahí tiene usted una historia! No deje nunca entumecer su músculo mental. Entréñese observando y haciendo trabajar la imaginación, dos ejercicios que siempre van de la mano. Oigo aquí que un lector me replica: “Pero,

¡siempre hago eso!”. Y yo le respondo: “Está muy bien que lo haga. Continúe ejercitándose, ¡sobre todo si practica el psicoanálisis!”. Françoise Dolto, a quien siempre recuerdo con cariño, recomendaba a sus alumnos: “El que quiera ser un buen psicoanalista de niños, tiene que salir de su consultorio, ir a una plaza del barrio, sentarse en un banco, cerca del arenero, esconderse detrás de un diario y observar discretamente el comportamiento de los chicos cuando juegan y se hablan, sin dejar de prestar atención a las actitudes de los padres”. ¡Qué buen consejo! El conocimiento más bello del alma de un niño es, sin duda, el conocimiento *in vivo* de su comportamiento y su palabra. En suma, agudice sus sentidos y dé libre curso a su imaginación.

Pero retornemos a la situación analítica. Impulsado por su voluntad de ir hacia el otro, el analista observa la actitud de su paciente, tiene en cuenta el timbre de su voz o presta atención a su mímica o a la expresión de su mirada. En realidad, **una buena escucha comienza por una fina observación**. Desde que voy a buscar al paciente a la sala de espera, toda mi sensibilidad está alerta, sea la visual, la auditiva, la olfativa y hasta la táctil cuando, por ejemplo, al saludarlo siento su mano fría, floja o húmeda. Asimismo, presto particular atención a los bolsos o los paquetes que a veces el paciente trae consigo a la consulta. Es verdad que si una paciente

viene con un bolso y lo deja abierto, yo miro lo que contiene, con discreción, por supuesto, pero miro. A veces se me ocurre preguntarle: “¿Qué lleva usted ahí?”. Algunos de mis pacientes, sabiendo que me fijo mucho en lo que traen a la sesión, dejan a propósito el bolso abierto esperando que yo reaccione. También percibo los olores, en particular el aliento alcoholizado de ese hombre que, a pesar de las pastillas de menta que mastica, no consigue camuflar su adicción a la bebida. Ignora que la pastilla de menta nunca podrá enmascarar el soplo impregnado de alcohol que exhalan sus pulmones. En el mismo sentido, cuando se trata de un niño, observo su manera de sentarse a la mesita de juego, de utilizar las manos o de mover los pies. Y si recibo a un paciente adulto, frente a frente, estoy atento a las expresiones distraídas de la cara y a los mensajes sutiles de los ojos.

Si bien esto que voy a decirle no tiene que ver directamente con el acto de observar, me gustaría confiarle una convicción que me anima en mi manera de trabajar. No me limito a acoger solo las manifestaciones verbales y no verbales de mi analizante, me abro también a sus otras expresiones que considero como extensiones de su psiquismo. Por ejemplo, saludo cálidamente, en la sala de espera, al niño que a veces acompaña al paciente. Lo hago espontáneamente, sin olvidar que ese niño, en el contexto

de la cura, es una prolongación viva del psiquismo de su padre. O también, siguiendo la evolución de la transferencia, invito a mi paciente a que venga acompañada de su perro, que infaltablemente ella hace acostar al pie del diván. A veces, y solo cuando lo considero oportuno, invito al analizante a que traiga el álbum de fotos familiares que redescubrimos juntos en sesión; o bien le pido a otra paciente que abra su celular para escuchar y revivir con ella la canción que arrulló su infancia. En ningún caso se trata de distraerse para nada de la terapia. Al contrario, esos momentos, en extremo fecundos, son para mí la ocasión de formular interpretaciones que con frecuencia el paciente recibe en forma favorable. Diré que, durante esas sesiones, tengo la sensación de aproximarme a la intimidad psíquica del analizante, sin abandonar ni por un instante mi lugar de analista y sin que el paciente, adulto o niño, se comporte familiarmente conmigo. En suma, un psicoanalista no escucha solo las palabras, es sensible a todos los signos a través de los cuales un ser comunica su vida.

Una advertencia más sobre la observación. No puedo dejar de pensar aquí en la importancia que tiene para un psicoanalista saber observarse a sí mismo cuando está en acción. La consigna que me he dado es, pues, la siguiente: **hay que hacer, observarse hacer, teorizar lo que uno hace y tratar de**

formularlo claramente. No podría sintetizar mejor la exigencia que me condujo a escribir estas páginas que usted está leyendo en este momento.

II. La Comprensión

A partir de esos diversos signos que emanan de su paciente y también a partir de los síntomas que manifiesta, el analista trata primero de identificar la imagen negativa, neurótica, a menudo imprecisa, que el analizante tiene de sí mismo. En seguida, y más en profundidad, intenta deducir racionalmente los conflictos interiores que subyacen bajo esa imagen o, debería decir, deducir el fantasma inconsciente y patógeno que subyace bajo esa imagen pues, para nosotros, conflicto interior y fantasma son términos equivalentes. Todo conflicto interior es fantasmático y todo fantasma es conflictual. El conflicto intrapsíquico es una puesta en escena fantasmática entre dos figuras antagónicas del neurótico, como pueden ser el Superyó y el Yo. Detrás de toda imagen negativa, hay que buscar la escena conflictual que la determina. Tomemos como ejemplo el caso del paciente alcohólico que intentaba disimular su aliento. Sabemos que su adicción es el mal remedio que utiliza para anestesiar una angustia intolerable o una inconsolable tristeza. En efecto, con frecuencia he compro-

bado que un alcohólico bebía como reacción contra la angustia o contra la tristeza. Si es un hombre, la mayoría de las veces bebe para ahogar la angustia de sentirse sexualmente impotente o incapaz de responder a los imperativos profesionales y sociales. Utiliza el alcohol para sofocar la voz denigrante de su Superyó que le asesta: “¡Eres un pobre tipo!”. Ahí tenemos la imagen negativa de sí y el conflicto fantasmático subyacentes al síntoma. Si se trata de una mujer, ella bebe para ahogar su pena y su cruel soledad: creyendo que nadie la ama, ella misma no se ama. El alcohol le sirve para sofocar la voz despectiva de su Superyó que le asesta: “¡No eres digna de ser querida!”. Ahí tenemos la imagen negativa de sí y su conflicto fantasmático. Ahora bien, el alcohólico no vive ni la angustia ni la tristeza como tales sino que las vive como una lasitud de vivir, un desencantamiento de la vida. Así, el bebedor, hombre o mujer, bebe para matar el hastío, sin darse cuenta de que ese hastío es la máscara de la angustia que lo oprime o de la tristeza que lo agobia. Durante esta segunda etapa de la *Comprensión* nos corresponde, pues, a los psicoanalistas la tarea de rehacer intelectualmente el camino que va del presente al pasado, de la compulsión alcohólica a la angustia, de la angustia a la imagen negativa de sí mismo y de esa imagen al conflicto fantasmático e inconsciente que la ha engendrado. En este caso del alcoholismo, el conflicto es

entre el Yo y el Superyó. En realidad, ese trabajo de reconstrucción necesita un ir y venir permanente del presente al pasado. En ese sentido, a menudo se me ocurre hacer la reconstrucción dibujando junto al paciente el esquema de las diferentes fases de su enfermedad. Aquí vemos con claridad que la *Comprensión* de la génesis de los síntomas se confirma y se enriquece en el intercambio con el analizante utilizando papel y lápiz.

III. La Escucha propiamente dicha

Sin embargo, puede ocurrir que el analista no sepa qué pista seguir en este trabajo de reconstrucción de la fantasía inconsciente y patógena, causa de la neurosis. Vislumbra entonces varias hipótesis, pero ninguna se le impone con absoluta seguridad. Vacila y avanza a tientas en la oscuridad que prepara el instante más decisivo de la relación con el analizante, el de la *Escucha propiamente dicha*. De la oscuridad, surge la luz.

El terapeuta está desorientado y de pronto una palabra discordante del paciente o un singular movimiento atraen su atención —por ejemplo, una súbita crispación de la persona tendida en el diván— o, si es un niño, un detalle de su dibujo. Una de esas particularidades despierta súbitamente su interés y, como

si hubiera sentido la picadura de un aguijón, se ve de inmediato arrastrado a un esfuerzo de **concentración**. Se aísla mentalmente, se ensimisma y consigue entonces obtener lo que yo llamo el **silencio en sí**. Es decir, logra acallar en él –deja de oír en su interior– los ecos de sus preocupaciones cotidianas o la resonancia de las consideraciones teóricas que había elaborado durante la fase de la comprensión.

No puedo percibir el inconsciente de mi paciente con mi conciencia, sino solo con mi inconsciente. Por ello, debo suspender mi conciencia, aunque solo sea por un instante, para dejar que actúe mi inconsciente receptor.

J. D. N.

Pero ¿qué es la concentración? ¿Qué significa concentrarse? La concentración es la acción de una fuerza interna que es ante todo una potencia de inhibición. En otras palabras, la concentración es una fuerza voluntaria que inhibe todo pensamiento parásito, toda sensación inoportuna y todo sentimiento perturbador, para canalizar nuestra energía en la realización del gesto esencial de esta **tercera etapa**. ¿Cuál es ese gesto? Antes de responder, querría subrayar que la acción del psicoanalista de instalar en su interior un silencio fecundo es una acción

eminentemente deliberada que yo llamo **Forclusión voluntaria**. La Forclusión voluntaria operada por el terapeuta es el nombre que doy al movimiento de inhibición y de rechazo de todo sentido, movimiento que hace del analista un receptor en extremo sensible. **La concentración pura es pura receptividad**. Los psicoanalistas, ya lo hemos dicho, son particularmente receptivos a las señales subliminales enviadas por sus pacientes, mejor dicho, enviadas por el inconsciente de sus pacientes. Así, un psicoanalista es capaz de captar con su intuición, con su **Inconsciente Instrumental**, el inconsciente enfermo de su paciente.

Llegamos así a la **tercera etapa** en la que me gustaría demorarme, porque es entonces cuando el profesional entra verdaderamente en estado de escucha, es decir, en estado de percibir en él, en el seno de su silencio interior, lo que se impone a su espíritu. Este es, pues, el gesto esencial que cumple el analista durante esta tercera etapa: captar en sí el inconsciente del otro. Estamos instalados en un estado de escucha cuando, habiendo deshabitado nuestro yo, olvidado el tiempo y el espacio inmediato, entramos en nosotros mismos para encontrar allí lo que el otro ha hecho brotar bruscamente en nosotros: una escena fantaseada, cargada de emoción.

Aquí debo hacer una precisión de orden terminológico. He calificado de diversas maneras la expe-

riencia de la plena escucha. A veces la he llamado “*doble empatía*”; otras, “*escucha endopsíquica*” o “*captación*” o hasta “*zambullido dentro de sí mismo*”. Pero, ya se trate de doble empatía, de escucha endopsíquica, de captación o zambullido dentro de sí mismo, quisiera que usted no olvide que la finalidad de la plena escucha es llevar al paciente a la curación. Por ello, le pido que cada vez que usted lea las palabras “escucha”, “captación” o “zambullido”, las asocie sistemáticamente al adjetivo “*terapéutica*”. **¡Toda escucha es terapéutica!**

Pero, ¿qué es la escucha? Hace un momento decía que era necesario distinguir el verbo “oír” del verbo “escuchar”. Oír al otro es ir hacia el exterior, hacia el otro que está fuera, mientras que escuchar al otro es ir hacia dentro de uno mismo, es descender en nosotros mismos, al interior de nosotros mismos para encontrar allí la escena del inconsciente del otro. Esa es la distinción mayor que recorre todo nuestro capítulo. Escuchar no es hacer esto: ; escuchar es hacer esto: . Es sorprendente, pero es así: **solo dentro mío podré encontrar al otro**. Comienzo por observar al otro por fuera de mí, pero es en mi interior donde encuentro su ser más íntimo. Imagino que algunos lectores que no han vivido la experiencia de un análisis, ni como pacientes ni como terapeutas, pueden tener dificultades para concebir la experiencia de la escucha tal como la describo. “*El caso del Hom-*

bre de negro”, que le relataré luego, será un ejemplo elocuente de este singular conocimiento interior del otro.

Ahora bien, cuando el psicoanalista escucha tan intensamente a su paciente, ¿qué percibe? Percibe en sí mismo, en el interior de sí mismo, una escena en movimiento que es la réplica de la escena fantasmática inconsciente de su analizante. ¿Qué quiero decir con esto? Que el analista percibe escenas que desfilan en su espíritu. Es una **visión mental imprecisa y fugitiva, una percepción de imágenes más bien tensionales que visuales**.

Me detengo aquí un instante para retomar la secuencia del proceso de la escucha en el punto al que hemos llegado, pues es importante destacar el hilo que enhebra cada momento. Seguramente, la escucha es un proceso mental sutil y difícil de concebir. Recordémoslo. Primer tiempo, observo. Segundo tiempo, trato de comprender, de reflexionar y de establecer hipótesis, pero vacilo y dudo. Tercer tiempo, me sorprende por un detalle que atrae mi atención. Atraído por ese detalle tan singular, opero entonces una forclusión voluntaria. Me concentro hasta hacer el vacío en mí.

Entro así en el interior de mí mismo y, en el corazón de mi silencio, percibo una escena en movimiento: la acción es franca, pero los contornos son evanescentes. Considero esta escena tensional como un extracto de la vida inconsciente de mi analizante.

En el momento en que el psicoanalista entra en sí mismo y opera la percepción del inconsciente de su paciente, se disocia entre el sentimiento de estar totalmente atrapado por la escena que se le impone y la conciencia lúcida de lo que está viviendo. Estoy en presencia de mi paciente: si está sentado, lo veo; si está tendido en el diván, lo oigo. Conservando siempre el contacto con él y con la realidad exterior, estoy, sin embargo, enteramente absorbido por la escena que ha surgido dentro mío. No he perdido nada de mi conciencia despierta y no me hundo en ese estado secundario en el que los sonidos se confunden y los objetos parecen girar alrededor de uno, estado en el que caen ciertos pintores o poetas que tienen necesidad de aturdirse para producir una obra. No, mi conciencia está intacta, aunque mi inconsciente se imponga y pase al primer plano. Pues bien, Freud definió de manera admirable ese estado disociado del terapeuta durante la escucha, esa mezcla de vacío y de agudeza, de alucinación voluntaria y

de lucidez, ese estado de un sí mismo colmado del otro bajo el control de una conciencia afilada, en una frase que me gustaría citar. Al leerla, usted comprenderá de inmediato hasta qué punto esas palabras me alentaron a teorizar lo más finamente posible la experiencia hasta ahora inexplorada de la escucha endopsíquica, escucha que, no lo olvidemos, es el agente terapéutico más potente. En 1923, Freud escribió:

“El psicoanalista se comporta de la manera más adecuada si se abandona a sí mismo, si se abandona a su propia actividad mental inconsciente, evita pensar y elaborar ideas conscientes y capta así el inconsciente del paciente con su propio inconsciente.”

En efecto, escuchamos cuando nos abandonamos a nosotros mismos, a nuestra propia actividad mental inconsciente. Escuchamos cuando toda nuestra energía está concentrada en un movimiento hacia el interior de nosotros mismos, como si quisiéramos vaciar nuestro yo, hacer silencio en nuestro interior y encontrar allí el inconsciente del otro. En esta disposición mental de gran apertura, infinitamente concentrado, el analista ve surgir en él la ficción de un personaje que representa al paciente en una escena fantasmática compuesta con frecuencia por dos pro-

tagonistas en conflicto, escena que el paciente ha olvidado y que, en mi opinión, está en el origen de sus trastornos actuales. Así es, creo que los trastornos que llevaron al paciente a la consulta fueron provocados por la acción nociva de esta escena inconsciente que no es otra cosa que el recuerdo febril de un antiguo traumatismo infantil o puberal que el paciente sufrió realmente o vivió imaginariamente.

En suma, cuando el analista capta en su interior el inconsciente de su paciente, ve surgir una escena fantasmática en la que el paciente es el personaje principal. Ni que decir que ese personaje de ficción es muy diferente de la persona que está allí, delante del analista, presente en la sesión. Cuando el analizante es un adulto y el analista se embarca en ese esfuerzo de concentración que lo conduce a alucinar un ser ficticio, este ser adopta con frecuencia la figura de un niño víctima, tal vez abandonado, tal vez abusado, tal vez humillado; o también, la figura de un adolescente desorientado, encerrado en su mundo. Si el paciente es un niño, el ser fantasmático que se presenta en el espíritu del analista adquiere a menudo el aspecto de un recién nacido desamparado que busca en vano el calor de los brazos protectores de una madre. Ahora bien, este ser ficticio, sea un niño magullado, un adolescente perdido, un bebé desdichado o muchas otras figuras, es en verdad una escena fantasmática, el fantasma que hace presente

en mí, analista, el inconsciente de mi paciente. Este ser de ficción que el profesional ve de pronto surgir en su interior, en el centro de la escena, es el resultado de la captación por el analista –como dice Freud– del inconsciente del paciente. Freud escribía: “El analista capta con su inconsciente el inconsciente de su analizante”. Yo modifico ligeramente la frase y enuncio: **el analista capta con su *Inconsciente Instrumental* el fantasma inconsciente de su paciente.** En suma, el psicoanalista quería alcanzar el inconsciente en el interior del otro y termina alcanzándolo en el interior de sí mismo, en el momento de la escucha y bajo la forma de un fantasma.

Una precisión antes de seguir. El ser de ficción que aparece en la escena fantasmática que percibo no tiene una silueta definida, ni siquiera tiene espesor. No, no veo una figura, veo intensidades, movimientos que me hacen sentir la presencia invisible de los personajes en acción. Las figuras no están representadas, solo están sugeridas como el Alien de la película de Ridley Scott.

★

Una vez admitido esto, usted podría objetarme: ese fantasma que, según usted, el analista percibe ¿es una manifestación del inconsciente del analizante o

bien una simple ensoñación del terapeuta? ¿Cómo saber si el fantasma percibido en nosotros proviene de nuestro paciente o, por el contrario, es la expresión de nuestros sentimientos, de nuestros deseos o de nuestra historia personal? ¿Qué es lo que nos indica que el fantasma percibido no es una pura invención sino la emanación del inconsciente de nuestro paciente? Yo le respondería que el psicoanalista puede estar seguro de que el fantasma que capta proviene de su analizante y no es una vana divagación si, en primer lugar, se sorprende al verse súbitamente arrastrado por las ficciones que se le imponen. *Primer indicador*, pues: **la sorpresa**. Luego, el analista puede decirse que se encuentra en estado de escucha y considerar que el fantasma percibido no es suyo sino de su paciente si, al captarlo, tiene la sensación de vivir una ligera despersonalización provocada por la disociación inherente a una escucha tan intensa. *Segundo indicador*, pues: **una sensación de despersonalización**. Por último, el analista puede decirse que ese fantasma no es suyo sino de su paciente si, habiendo comunicado esta ficción al paciente, este reacciona con un silencio. ¡No con cualquier silencio!, sino un silencio de consentimiento saturado de emoción, interrumpido con frecuencia con una exclamación que los pacientes conmovidos repiten a menudo “¡Es verdad, nunca se me había ocurrido!”, o también “¡Es así! ¡Es exactamente así!”. *Ter-*

cer indicador, pues: **el silencio de consentimiento del paciente** en respuesta a la intervención del psicoanalista. Resumiendo, la sorpresa, la sensación de despersonalización así como el consentimiento del paciente a nuestra interpretación son las referencias mínimas, las referencias indiscutibles que atestiguan que el analista trabaja no con su yo, sino con su *Inconsciente Instrumental* y que eso que germina en su interior no es de él sino del otro.

Por cierto, los tres indicadores serán aún más seguros si **se repiten**, a lo largo de la cura, en diferentes ocasiones.

IV. La Identificación del psicoanalista con el niño fantasmático

Pasemos ahora a la *cuarta etapa* del proceso de la escucha. Recuerde que esta es la etapa de la identificación. ¿Qué ocurre entonces? El psicoanalista está ante un niño, por ejemplo, que dibuja y le habla. Sin dejar de oír lo que le dice el pequeño, el analista mira el dibujo y se detiene en un detalle que desentona y lo interpela. Hasta puede intercambiar algunas palabras con su pequeño paciente y, simultáneamente, en silencio, como quien no quiere la cosa, el psicoanalista opera un descenso mental de su conciencia al inconsciente. Ve surgir en él la escena fantasmática

de la que hemos hablado. Él se instala entonces en el corazón de dicha escena y siente la emoción que sentiría el personaje principal en acción. Es decir, **se identifica, en silencio, con el ser imaginario del fantasma percibido**. Identificarse significa, pues, lo siguiente: el psicoanalista siente, no solo lo que experimenta su pequeño paciente frente a él, sino lo que experimenta el otro niño, el niño de la fantasía. Querría insistir con esto. No siento solo lo que vive o experimenta mi paciente. **Siento sobre todo lo que vive o experimenta el ser fantasmático que aparece en mi cabeza**. Así, en esta cuarta fase de la identificación, el profesional adopta dos posiciones distintas y simultáneas: una, de presencia activa en la realidad concreta de la sesión —el analista observa, comprende e interviene—; la otra, de presencia activa en su realidad interior. Disociado, el analista asegura, pues, dos funciones paralelas. Es a la vez un interlocutor abierto hacia el exterior, atento a las manifestaciones de su pequeño paciente y, simultáneamente un receptor que vibra al ritmo de la emoción vivida por el ser fantasmático percibido por su *Inconsciente Instrumental* que se impone ahora a su conciencia.

Semejante identificación interna con un personaje de ficción interno es, como usted lo imagina, difícil de comprender, difícil de formular y, por cierto, difícil de admitir. Creo que la mejor manera de hacerme entender es contarle *el caso del Hombre de negro*

que veremos en seguida. Me llevó mucho tiempo discernir los movimientos más sutiles que se producen en el espíritu de un psicoanalista cuando interioriza tan intensamente la intimidad secreta y silenciosa de su paciente. No ha sido tarea sencilla, pero ahora que creo haber llegado a formalizar el fenómeno de la escucha endopsíquica y terapéutica, pienso que numerosos clínicos se reconocerán en esta manera de tratar el sufrimiento del otro.

V. La Interpretación:

“¡Esto es lo que he encontrado de usted en lo más profundo de mí!”

Pero ¿cómo interviene el psicoanalista ahora, cargado como está de esa emoción vivida por el ser imaginario que aparece en su cabeza? Llegamos así a la *quinta y última etapa* del proceso de la escucha, etapa en la que el psicoanalista interpreta, es decir, en la que pone en palabras el fantasma que percibe, palabras que le comunica al paciente. Aquí, el terapeuta es un intermediario entre el fantasma que percibe y la persona del paciente, ávida de oír una palabra que le enseñe lo que la corroe desde el interior. Digámoslo de otro modo. **Percibo en mí lo que pasa en él y se lo cuento. Me convierto así en el intérprete de una partitura que tengo ante**

mis ojos, esperando que el oyente, abierto a mi música, se diga y me diga: “¡He ahí mi melodía profunda!”.

Quiero hacer notar que, justo antes de dirigirse a su paciente, el analista puede optar por hablar o callar. Puede decidir no decir nada o enunciar en voz alta palabras simples y sugestivas, nunca teóricas, o hasta presentar una alegoría como en el ejemplo que usted leerá luego. Sea una palabra simple o una alegoría, se trata siempre de interpretaciones psicoanalíticas, porque ellas brotan de una escucha endopsíquica y porque incitan al paciente a autoobservarse y cambiar su manera morbosa de juzgarse.

Cuando yo decía que un psicoanalista puede decidir callar teniendo tanto para decir, hablaba de un silencio deliberado, dictado por su sentido de la oportunidad. Indiscutiblemente, hay una gran diferencia entre callarse cuando uno tiene mucho para decir y permanecer mudo porque no se tiene nada que decir. Justamente, lo difícil para un psicoanalista es saber callarse en el momento en que arde de impaciencia por hablar. En este aspecto, cuando hablo a mis pacientes solo les digo un cuarenta por ciento de lo que podría decirles. Si me callo es porque considero que es demasiado pronto o demasiado tarde para intervenir o que el paciente no está preparado para recibir mi palabra o bien porque todavía necesita tiempo para dejar madurar la idea que tengo en

mente, o también, sencillamente, porque no tengo nada que decir. En este instante me viene al espíritu el aforismo de Wittgenstein: “Aquello de lo que uno no puede hablar, debe callarlo”. En ese sentido, aconsejo con frecuencia a los psicoanalistas que me consultan para una supervisión de su práctica que no hablen si no saben qué decir. “Si tiene dudas, no hable, permanezca en silencio. ¡Evitará muchas torpezas!” Otra reflexión importante. Cuando un psicoanalista habla, debe creer fervientemente en lo que dice y abrigar la esperanza de que su palabra puede emocionar al otro. Sin ninguna duda, **la convicción con que hable el terapeuta es decisiva para que su paciente le tenga confianza y se sienta incitado a autoobservarse.**

Para cerrar esta quinta y última etapa, me gustaría subrayar que la observación, la comprensión, así como la escucha y la identificación endopsíquicas, solo tienen valor terapéutico si desembocan en una interpretación lograda; con esto quiero decir una interpretación capaz de **formular con claridad al paciente lo que él ya sabe, aunque confusamente.** Pero, ¡atención! Por pertinente y esclarecedora que sea la interpretación, seguirá siendo inoperante si no ha alcanzado al paciente en su zona sensible, a flor de conciencia, es decir, en su *preconsciente*. **Para revelar el inconsciente, hace falta que este haya madurado hasta devenir preconsciente.** Que

el inconsciente haya madurado, como un fruto bajo el sol, significa que los innumerables intercambios entre paciente y analista, intercambios que incluyen numerosas microinterpretaciones, han preparado la llegada del momento en que la interpretación provocará un vuelco en el ser del sujeto. Esos intercambios han debilitado las resistencias del paciente y logrado que su inconsciente se hiciera permeable a la palabra del profesional. Seamos claros. Si mi interpretación ha sido eficaz, es precisamente porque el inconsciente, haciéndose preconscious, se ha abierto al otro. Repito mi fórmula dicha hace un rato, fórmula capital que retomaré luego modificándola levemente: interpretar es decirle con claridad al paciente lo que él ya sabe **preconsciousmente**. Ciertamente yo capto en mí, con mi inconsciente, el inconsciente de mi paciente, pero, cuando interpreto, solo le digo lo que él está preparado para oír. En suma, **uno nunca interpreta de inmediato el inconsciente, uno lo interpreta únicamente cuando este se ha vuelto preconscious. Y yo agregaría: uno lo interpreta hablando la lengua del preconscious, es decir, empleando los verbos, los sustantivos y los adjetivos que el paciente utiliza cuando se habla a sí mismo en su diálogo interior.**

Rescapitulando, si tuviéramos que resumir en una sola frase lo esencial del proceso de la escucha, haría-

mos hablar al inconsciente del psicoanalista, que nos diría:

“Una vez obtenido el silencio interior, capto el inconsciente de mi analizante que se impone a mí como una escena fantasmática, me deslizo en la piel del personaje principal, me dejo llevar por la acción y finalmente le transmito al paciente, con infinita delicadeza, lo que acabo de vivir.”

★

El caso del Hombre de negro.

**Un ejemplo de escucha
y de identificación endopsíquicas,
así como de Interpretación narrativa**

Para terminar este capítulo, quiero presentar-le entonces el caso clínico que ilustra las tres últimas etapas del proceso de la escucha: la **Escucha plena**, la **Identificación** y la **Interpretación**. Así, en el ejemplo que sigue, usted verá al psicoanalista, en medio de una sesión, sumergirse en el interior de sí mismo, **captar** el fantasma inconsciente de su paciente, **identificarse** con el personaje principal de ese fantasma y por fin, remontar a la superficie para **comunicar** a su paciente lo que ha experimentado

durante su inmersión endopsíquica. A decir verdad, al distinguir estas tres etapas, estoy descomponiendo teóricamente un acontecimiento fulgurante que vivo como un todo indivisible.

Vayamos al ejemplo. El analizante, un joven de 26 años, tiene la extraña particularidad de vestirse de negro, todo de negro. Desde el primer día en que lo recibí en el consultorio, siempre llevaba, invariablemente, un traje negro, siempre el mismo, con camisa y corbata negras y se presenta a las sesiones con su inevitable paraguas negro, sus guantes de cuero y su portafolios también negros. Debo decir que en la época de que estoy hablando, pues ya no recibo más a este paciente, su apariencia lúgubre molestaba un poco a todos los otros pacientes que se cruzaban con él en la sala de espera. Es un hombre impecablemente peinado, de muy buen aspecto, altivo, del que emana cierta dignidad mezclada con un sufrimiento profundo. Me consultaba porque tenía la impresión de que nada se concretizaba en su vida, que todo se había detenido. Durante la primera entrevista, me enteré de que a los 6 años había perdido trágicamente a su madre en un accidente de auto. Pero a esa tragedia se agregaría una mentira grave del padre que le hizo creer, durante un año, que la madre se había ido de viaje, es decir que, durante un año, el niño se preguntaba si su madre lo había dejado y se había olvidado de él. Después de ese abandono, él ya

no consiguió establecer vínculos afectivos ni con un padre frío e indiferente ni con los demás miembros de la familia; vínculos que quizá le habrían permitido hacer un duelo normal, es decir, aceptar poco a poco la ausencia definitiva de una madre. Desde las primeras sesiones, tuve la sensación de encontrarme ante un ser enfermo de un duelo no resuelto, de un duelo enclavado en él como un oscuro núcleo de lava petrificada.

Dos años más tarde, en el transcurso de una sesión y, como por azar, le escucho decir estas palabras: “*Desde que mi madre se fue...*”. Sin comprender muy bien por qué, me siento llamado por esas palabras a concentrarme y a dejarme llevar por lo que viene a mí. Me hago ciego y, como un eco a esta frase “*desde que mi madre se fue...*”, se despierta en mí una serie de imágenes que describo al analizante a medida que van apareciendo.

Intervengo entonces y mi palabra toma la forma de un relato que tiene valor de interpretación. Le aclaro de inmediato que las palabras que usted va a leer son las mismas que le comuniqué al paciente. Conseguí transcribirlas rápidamente después de terminada la sesión. Yo estaba tan impresionado por lo que acababa de vivir que, una vez que el paciente partió, me senté al escritorio para volcar al papel las palabras que le había dirigido. He aquí lo que le dije al *Hombre de negro*:

“Usted acaba de decir: ‘*Desde que mi madre se fue...*’, y al escucharlo, se me aparece la imagen de una madre que huye de su casa abriendo precipitadamente la verja. Un niño de 6 años quiere ir con ella. Como si supiera que su mamá se va para siempre, el niño le grita: ‘¡Espérame, mamá! ¡Espérame, voy contigo!’. Y la madre, sin darse vuelta, le responde: ‘No, no, ¡tú te quedas! ¡Tú no puedes venir conmigo!’. A pesar de las súplicas del niño, la madre se va inexorablemente y el niño corre tras ella. La madre corre y él corre detrás. Ella corre y él la sigue, infatigable, siempre corriendo, siguiéndole los pasos. Así van madre e hijo, uno detrás de la otra, sin juntarse jamás. Y así desde hace años y años, en una persecución sin descanso. Hasta el día en que el niño ve alejarse la silueta de su madre y esfumarse en el horizonte. Agotado, el niño para de correr y renuncia finalmente a alcanzar a su madre. Ya sin fuerzas, se sienta al borde del camino, recobra el aliento y, de pronto, se mira las manos, las piernas y descubre, asombrado, que ya no es más un niño, que ha crecido, que se ha convertido en un hombre, que interiormente también ha madurado porque ya no vibra ni sueña como un niño pequeño.”

Después de decir estas palabras, hago una pausa en mi intervención y, dirigiéndome de manera más directa al paciente, agrego: “¿Lo ve? Esa detención al borde del camino donde usted descubre que ya no es

un niño sino que es un hombre, eso es el análisis, ese es el trabajo que estamos haciendo juntos”.

Todas estas palabras y todas estas imágenes que acabo de contar a usted, son las que comuniqué al analizante a medida que las percibía interiormente. Mientras yo hablaba, el joven escuchaba en un silencio compacto, por entero suspendido de las palabras que yo le decía y cuando terminó mi intervención, pude oír su emoción sofocada por sollozos retenidos. Yo mismo, al decir esas palabras, me sentía arrastrado por el flujo irresistible de las imágenes que se sucedían en mi espíritu, por la palabra que venía a mí y me traspasaba y por la vivacidad de mi identificación con ese niño desesperado al no poder retener a su madre. Yo era y me sentía el niño imaginario. Yo vivía el desgarró que vivía ese niño. Así y todo debo confiarle que, aunque me había dejado transportar por la imagen y por las palabras, conservaba el total dominio de mi intervención y fui consciente de mi disociación. Por ejemplo, evité deliberadamente utilizar ciertos términos. En un momento, recuerdo, estuve a punto de decir que la madre había subido al Reino de los Cielos. De inmediato, me eché atrás pensando que semejante cliché quitaría autenticidad a mi intervención. Si ahora doy a conocer esta reserva, es porque quiero mostrarle hasta qué punto mis palabras, aunque imprevisibles, fueron, sin embargo, cuidadosamente elegidas. Yo hablaba auténticamente

y quería que mi paciente me oyera hablar auténticamente también.

Aclaro que esta sesión abrió la fase final de la terapia, que se completó un año y medio más tarde. Hoy ya no veo más a este paciente pero sé, porque con regularidad se comunica conmigo, que ha formado una familia feliz y le va muy bien en su trabajo. *El caso del Hombre de negro* continúa siendo para mí una experiencia muy bella de la manera en que un psicoanalista escucha, interpreta y conduce a su paciente a la curación.

El trabajo con este analizante me permitió comprobar una vez más que la **inmersión** del psicoanalista en el interior de sí mismo para encontrar allí el inconsciente del otro es el más potente **agente de curación** que conozco.

Ha llegado el momento de concluir este capítulo. He querido mostrarles que un psicoanalista trabaja con su inconsciente, pero con un inconsciente muy particular, totalmente diferente de su inconsciente personal. Se trata de su *Inconsciente Instrumental*, un inconsciente enriquecido a fuerza de captar, de sentir y de traducir en palabras las emociones

inconscientes de los pacientes. Ahora bien, este órgano **captador, identificador y traductor** no puede operar si no logramos hacer silencio en nuestro interior. Por ello, durante la escucha, descendamos dentro de nosotros mismos y hagamos el vacío en nuestro interior. Cuanto más profundo sea el suelo que toquemos, tanto más fuerte será el impulso con el que rebotamos a la superficie para encontrar allí la palabra más justa que sabrá aliviar al paciente de su sufrimiento. La escucha del psicoanalista es esta zambullida luminosa en sí mismo; el psicoanálisis es ese impulso generador de cambio.

*La idea central
de este libro*

Más tarde volveré sobre este caso, tan rico en enseñanzas, que es *El Hombre de negro*. Por el momento, y antes de profundizar el tema de la interpretación, me gustaría hacer una pausa en nuestro recorrido y precisar cuál es la idea central de nuestro libro.

Para que se produzca la curación de un paciente, deben darse tres condiciones. La primera es que el **inconsciente enfermo del paciente sea percibido por el *Inconsciente Instrumental* del psicoanalista**. Esto significa que el psicoanalista, al descender al interior de sí mismo, capta la escena fantasmática inconsciente que atormenta al analizante desde su infancia. Cargado de la emoción que reina en dicha escena, el psicoanalista se dirige a su paciente y le hace vivir y nombrar el conflicto doloroso que desestabiliza todo su ser desde hace tantos años.

La segunda condición para que se cree un clima favorable a la curación es **llevar a nuestro paciente a que él también descienda a lo más profundo de sí mismo** y que lo haga varias veces, a lo largo de toda la terapia, hasta que pueda identificar la escena fantasmática, la emoción que la anima y corregir la imagen negativa de sí mismo que se desprende de ella.

*La serenidad
es nuestra espera confiada.*

J. D. N.

La tercera condición que facilita la curación es **la transmisión imperceptible al paciente, durante toda la terapia, de nuestra serenidad interior**. Detrás de la idea que le proponemos, el analizante percibe no solo la simplicidad de las palabras que utilizamos, la calidez de nuestra voz o la fuerza de nuestra convicción; también capta, en forma sutil, sin advertirlo, nuestra espera confiada en el avance de nuestro trabajo y el placer de comunicarle nuestra confianza sin que tampoco nosotros nos demos cuenta. Por cierto, nuestra tarea es dirigirnos a su razón para que comprenda, pero sobre todo a su inconsciente, que es el que percibe la serenidad que impregna nuestra palabra. Y así, el paciente aprende a hablarse y tratarse apaciblemente, como le habla-

mos y lo tratamos nosotros. Poco a poco, el analizante consigue tratarse como lo trata el analista y, agregaría, como el analista **se trata a sí mismo**. Evidentemente, no queremos que el paciente imite a la persona del analista, sino que introyecte una manera no conflictiva de hablarse y de amarse.

*Interpretar es decirle
claramente al paciente
lo que él ya sabía,
aunque confusamente*

Después de haberle mostrado cómo intervengo en presencia de mi paciente, me gustaría ahora, a lo largo de los dos capítulos siguientes, profundizar la noción de interpretación, indicarle su valor terapéutico y proponerle cuatro variantes inéditas de una interpretación eficaz.

¿De qué manera un psicoanalista se dirige a su paciente? ¿Qué le dice? ¿Qué hace? Usted ya imagina, con razón, que en el transcurso de una terapia un psicoanalista se expresa de múltiples maneras: a veces permaneciendo silencioso; otras, dialogando con su paciente y haciéndole preguntas; o bien dándole una explicación; o aun sosteniéndolo en una decisión difícil sin adelantarse nunca ni decidir en su lugar; y, por supuesto, efectuando el acto decisi-

vo, el de interpretar, es decir, revelar al paciente su inconsciente enfermo. Precisamente, quiero demostrarme ahora y examinar en detalle ese acto decisivo, tan específico del psicoanálisis.

Interpretar es hacer consciente lo inconsciente

Lo digo de entrada: la interpretación es el medio más seguro de que disponemos los analistas para desencadenar en el paciente una serie de gestos mentales que lo conducirán a la curación. Así, nuestra interpretación debe sorprenderlo, emocionarlo, llevarlo a descender a su fuero más íntimo para descubrir en él la imagen falsa, negativa, que se ha forjado de sí mismo y, si es posible, su fantasma inconsciente. Solo entonces, al tomar conciencia de los conflictos interiores subyacentes a dicha imagen, podrá modificar la mala relación que el paciente mantiene consigo mismo y con los demás.

Pero ¿qué es una interpretación? La interpretación es en primer lugar toda palabra o toda acción del analista que hace tomar conciencia al paciente de lo que **ignora** y lo hace sufrir. La fórmula consagrada, simple pero siempre sólida, y de la que estamos más convencidos que nunca, es la siguiente: *“Interpretar es hacer consciente lo inconsciente”*.

Ahora bien, la interpretación lleva al paciente a tomar conciencia no solo de lo que ignora, sino también del **miedo** que lo mantiene en la ignorancia. El acto interpretativo intenta así alcanzar dos objetivos inmediatos; un objetivo eminentemente cognitivo, **hacer saber**; y un objetivo eminentemente afectivo, hacer tomar conciencia del **miedo de saber**. Este último suele traducirse habitualmente con la expresión “interpretar las resistencias”, expresión tantas veces repetida que ha perdido su vigor. Preguntémosnos aquí: ¿qué es la **resistencia**? La resistencia es el miedo de revivir, en plena conciencia, un pasado doloroso. Pero la resistencia es también el temor a cambiar, a ser otro diferente de quien soy y no poder controlar lo que sobrevenga. Eso es la resistencia, la crispación de un yo infantil que se debate contra el peligro de saber y de cambiar. Digamos entonces que una cosa es la ignorancia; otra, el temor a dejar de ser ignorantes y vivir la angustia de lo desconocido. Es interesante destacar que el temor de cambiar y de curarse explica que algunos pacientes se aferren con desesperación a la desdicha. Nos consultan, pero en el fondo no quieren curarse.

Pero retornemos al acto de interpretar. Si el analista está profundamente penetrado de lo que dice o de lo que hace cuando interpreta, por lo general su interpretación suscitará en el analizante una **toma de conciencia emocionada**, con frecuencia acom-

pañada de un asentimiento espontáneo, tal como “¡Es verdad! Es exactamente así”. Si, en cambio, el analizante no reacciona, parece indiferente o bien responde al mensaje del analista diciendo, por ejemplo, “No, eso no me evoca nada”, uno puede estar seguro de que el terapeuta se equivocó o no estaba involucrado por completo en su palabra, o aun intervino demasiado pronto o demasiado tarde para que el paciente reciba su mensaje. En una palabra, los signos que da el paciente sobre la pertinencia y la oportunidad de una interpretación son la aceptación intelectual de lo que el analista le revela y, sobre todo, la expresión de alivio de la angustia que lo oprime.

Ser conscientes nos beneficia

Pero ¿por qué es tan necesaria la toma de conciencia? ¿Por qué la conciencia nos resulta saludable? ¿Por qué el hecho de reconocer lo que no queríamos saber de nuestro pasado doloroso favorece la desaparición de nuestros síntomas? Respondo: porque la toma de conciencia de lo reprimido **da un nombre y un sentido a lo reprimido**. Cuando escribo “tomar conciencia” no me refiero solo a ser consciente de lo que está en mí y que ignoro, me refiero también a darle un sentido a ese conocimiento que surgió. Pero

¿qué es dar sentido? ¿Cuándo podemos decir que lo reprimido adquiere un sentido? Si lo reprimido es, por ejemplo, una antigua emoción violenta, un dolor vivido por un niño durante un traumatismo —un abandono, una seducción abusiva o un maltrato—, ese dolor permanece enquistado en el inconsciente, ya que el niño no pudo identificarlo en el momento mismo del traumatismo ni darle nombre. Toda emoción que no tiene nombre permanece encapsulada en el inconsciente del niño y será la causa de diferentes comportamientos impulsivos en la vida adulta. Precisamente, es el hecho de que el niño no ha podido identificar y nombrar la emoción traumática lo que hace de esta emoción una emoción nociva. Y a la inversa, diremos que dicha emoción deja de ser nociva cuando, al vincularla con otras emociones, con otros pensamientos o con otros acontecimientos de la historia del paciente, el sujeto le encuentra por fin un nombre y comprende el papel que desempeña en su universo enfermo. Es así que la emoción adquiere entonces un sentido. La vinculación de una emoción aislada y errante con otras unidades psíquicas me recuerda la fórmula de Lacan para definir el significante: “Un significante, S_1 , representa al sujeto para otros significantes, S_2 ”. Diré entonces: la emoción traumática, una vez nombrada, representa al sujeto neurótico para otras emociones, otros pensamientos o acontecimientos pertenecientes a su mundo

afectivo y simbólico. Cuando la emoción traumática, S_1 , se vincula con la constelación de significantes, S_2 , adquiere automáticamente un sentido y, en ese momento, el sujeto deja de ser neurótico. Si yo, paciente, gracias a la interpretación de mi psicoanalista, asocio el dolor de mi traumatismo con la depresión de mi madre, por ejemplo, o con el repliegue depresivo que marcó mi adolescencia o incluso con un hecho contado por mi hermano, en una palabra, si asocio mi dolor traumático con los significantes de mi historia, ese dolor quedará, pues, integrado en mi vida y, de ese modo, relativizado. Habrá perdido así toda su carga patógena. Lo que hago aquí no es sino aplicar el espíritu antisegregacionista del psicoanálisis. El principio sería el siguiente: todo lo que se separa de un conjunto, que queda aislado y exiliado de su comunidad, se convierte de manera inexorable en una bola de energía corrosiva y malsana. Si, en cambio, logro reintegrar lo que fue excluido, le quito su potencia nociva. Evidentemente, una emoción traumática es virulenta si permanece aislada en el inconsciente, y deja de ser virulenta si uno le abre las puertas de la conciencia. He aquí la razón por la que tomar conciencia de lo reprimido, es decir, nombrarlo e integrarlo en el conjunto de las representaciones conscientes, constituye una producción de sentido y un alivio para el sujeto. Es como si el psicoanalista, al contribuir a que su paciente integre lo reprimido

malsano, estuviera animado por la Pulsión de vida, fuerza que tiende a unir, y se opusiera a la Pulsión de muerte, fuerza que tiende a separar.

A propósito de la concientización saludable de lo reprimido patógeno, recordemos la frase de Spinoza que afirmaba hasta qué punto una emoción perjudicial, una pasión destructora, deja de serlo si le damos un sentido. En su *Ética*, escribe: “Un sentimiento que es una pasión deja de ser una pasión en cuanto nos formamos de ella una idea clara y distinta”.

Si volvemos a la definición de la interpretación psicoanalítica como el enunciado o el acto que busca hacer consciente lo inconsciente, establecemos la secuencia siguiente: al dirigirse al paciente, el analista adelanta su interpretación, nombra lo reprimido, localiza el acontecimiento traumático que lo originó y le muestra a su paciente en qué medida su vida se había organizado hasta ese momento alrededor del traumatismo. Le hablaría así, por ejemplo: “*De niño, usted se sintió más que abandonado, rechazado por una madre depresiva que no podía ocuparse de usted. De pronto, toda su personalidad se construyó sobre la base de un rechazo doloroso que no deja de hacerlo sufrir*”. ➔ El paciente toma conciencia del impacto nefasto del traumatismo en su vida y así puede relativizarlo. ➔ Lo reprimido pierde entonces su virulencia. ➔ El paciente ya no tiene necesidad de reprimir la emoción que lo amenazaba. ➔ La intensidad de los sínto-

mas se atenúa, porque la emoción traumática de ayer ya no se cristaliza más en el síntoma de hoy, sino que se diluye en el pensamiento, en el lenguaje y en el fluir de la vida.

**¿Qué es este inconsciente enfermo
que el psicoanalista
debe revelar a su paciente?**

Pero ¿de qué reprimido se trata? Acabamos de dar el ejemplo de un elemento reprimido hablando del dolor sordo vivido por un niño que ha sido abandonado, rechazado, por su madre enferma. Pero también existen otras figuras de lo reprimido que vamos a examinar una por una. Digamos desde ya que, sea cual fuere esa figura, lo reprimido siempre es inconsciente y patógeno. ¿Por qué inconsciente y por qué patógeno? Recordemos ante todo que la represión es algo muy diferente de un simple olvido, es un reflejo defensivo radical de no querer saber, pues hasta ese punto ha sido dolorosa una antigua vivencia. Es justamente este encarnizamiento por querer enterrar un viejo dolor lo que transforma dicho dolor en un dolor patógeno. No olvidemos que, para Freud, la neurosis es ante todo una **enfermedad de la defensa**, es decir que la causa de la enfermedad es el esfuerzo desesperado del yo por apartar el viejo dolor e impe-

dirle que aflore. Es, entonces, porque el pasado no puede actualizarse que se hace patógeno. Es la misma idea que expresaba Victor Hugo cincuenta años antes que Freud cuando escribía: “Con qué furia este mar de pasiones humanas fermenta y bulle cuando se le niega toda salida”.

Preguntémonos, pues, más precisamente, lo que es el inconsciente enfermo del que el paciente deberá tomar conciencia para ver su estado mejorarse considerablemente. Recordemos ante todo la naturaleza de un inconsciente sano. El inconsciente sano es sencillamente el pasado, un pasado jalonado con los acontecimientos cruciales de nuestra vida que nos han modelado. Así, diremos que nuestro pasado, siempre activo, se actualiza en el presente. Lo que he sentido, pensado, querido, desde mi tierna infancia, está por entero presente en la mano que escribe esta página. Pero ¿cuáles son esos acontecimientos cruciales de ayer que determinan mis sensaciones, mis sentimientos, mis opiniones y mis relaciones afectivas de hoy? Pienso en esencia en todos los momentos importantes de mi vida en los que me **vinculé** a los seres amados, a las cosas y a los ideales amados; y luego, en el extremo opuesto, en todos esos otros momentos, igualmente importantes, en los que me **separé** de mis seres y de mis objetos amados. En suma, mi pasado, siempre en acción, está esencialmente estructurado por los acontecimientos que el

amor inspira o que el odio fomenta. No obstante, cuando somos neuróticos, nuestro pasado no es un pasado fluido que recordamos con facilidad; no, se trata más bien de un pasado traumático y pavoroso del que no queremos saber nada, porque si tomáramos conciencia, veríamos perturbado nuestro equilibrio actual. Ahora bien, es justamente ese pasado traumático que nosotros identificamos con el inconsciente enfermo y, en particular, con lo reprimido que el psicoanalista deberá revelar con su interpretación.

★

Distinguimos, entonces, cuatro especies de lo reprimido que se articulan unas con otras y se funden entre ellas. La primera especie de lo reprimido es un **acontecimiento traumático** o también **una serie de microacontecimientos traumáticos** sobrevenidos en la infancia o en la pubertad. Recordemos que el traumatismo es un hecho violento que consiste en el impacto brutal de una excitación masiva en un ser incapaz de asimilarlo, es decir, incapaz de reaccionar, de huir, de angustiarse y de verbalizar la fuerte emoción provocada por la agresión. En una palabra, el traumatismo se resume en una simple ecuación: demasiada excitación en un ser incapaz de integrarla. Quiero hacerle notar aquí una obser-

vación inédita e importante deducida del trabajo con numerosos pacientes y que no he encontrado en la literatura psicoanalítica ni en los textos consagrados a la psicotraumatología. El acontecimiento traumático puede ser único o desmultiplicado en el tiempo bajo la forma de una serie de microefracciones traumáticas que se acumulan progresivamente. Precisemos que dichas microefracciones se presentan siempre como inofensivas, pero que acumuladas tienen la misma potencia traumática que un único impacto violento. Tomemos como ejemplo el exceso de excitación provocado por la ternura nociva de una madre que acaricia permanentemente a su hijo con una sensualidad más fuerte que la que él puede soportar. Ese varoncito de 3 años corre el riesgo de presentar, en la edad adulta, los mismos síntomas neuróticos que un niño víctima de un único y brutal abuso sexual. Otra observación. Con independencia de que el impacto traumático sea un hecho real –por ejemplo, la agresión sexual de un pedófilo– o que el niño sienta como traumática una sucesión interminable de microtraumatismos –como en el caso del varoncito excitado inocentemente por su madre–, dicho impacto tendrá el poder de desencadenar el proceso de una neurosis. Esta afirmación me lleva a decirle que el traumatismo solo existe cuando es deducido a partir de los efectos que provoca. Todo traumatismo se enquistará inexorablemente en el psi-

quismo y conlleva efectos patógenos que aparecen con fuerza muchos años más tarde. Solo retrospectivamente, *après coup*, en presencia de esos efectos en el paciente, el psicoanalista inferirá la existencia de un traumatismo infantil o puberal.

Una recomendación técnica. Ante un analizando que presenta todos los síntomas de una neurosis, el psicoanalista debe buscar, sin obstinación, con ayuda del paciente y a veces de su familia, el acontecimiento o los microacontecimientos traumáticos sufridos en la infancia o en la adolescencia. Por cierto, el acontecimiento debe buscarse, pero –insisto– sin olvidar nunca que el niño, futuro neurótico, pudo vivirlo imaginariamente, fuera de toda realidad objetiva. En efecto, es frecuente que no encontremos en la historia del paciente un hecho traumático que podamos datar. Con seguridad, un traumatismo o varios microtraumatismos pueden pasar inadvertidos. Por ejemplo, tal paciente no sabe que, siendo pequeño, sufrió un dolor traumático de abandono cuando tuvo la impresión de que su madre, secretamente enamorada de un amante, se ausentó de su mundo afectivo. Por cierto, ella estuvo siempre presente en la casa, pero para el pequeño, que la sentía tan distante, el mundo se vació. Como lo dijo el poeta: “Un solo ser nos falta y todo está despoblado”.

Antes de considerar la segunda variedad de lo reprimido, quiero hacer una última observación

sobre el psicotraumatismo. Mi reflexión concierne al complejo de Edipo que, para Freud, como sabemos, es el núcleo mayor de toda neurosis. Ese complejo no es otra cosa que una coyuntura traumática corriente e inevitable en la vida de todo niño. Un niño o una niña, entre 3 y 6 años, particularmente sensible, puede vivir como traumática una ternura demasiado sensual y excitante o, a la inversa, una severidad temible por parte de uno de los padres. Durante el período del Edipo, el niño, con frecuencia demasiado consentido, vive el placer provocado por una caricia sensual o el displacer provocado por un castigo con la misma intensidad que si viviera un dolor traumático.

Prosigamos. Distingo tres tipos de traumatismos infantiles según las diferentes neurosis. Tenemos, entonces, el acontecimiento traumático reprimido, sufrido por el niño, futuro *fóbico*: es el **abandono**; el acontecimiento traumático reprimido, sufrido por el niño, futuro *histérico*: es la **sobreexcitación sensual o sexual**; y el acontecimiento traumático reprimido, sufrido por el niño, futuro *obsesivo*: es el **maltrato o la humillación**.

★

Pasemos ahora a la segunda variedad de lo reprimido, que es la emoción traumática misma. La

calificamos de traumática porque es la emoción vivida por el niño en el momento mismo del traumatismo. Así, en la *fobia*, dado que el acontecimiento fue el abandono, la emoción intensa que se apodera del niño es el **dolor de haber sido privado brutalmente del amor protector** del adulto tutelar. En la *histeria*, dado que el acontecimiento traumático fue una sorprendente y precoz sobreexcitación sensual o sexual, la emoción intensa que se apodera del niño es el **dolor de una excitación violenta**, aunque debería decir de un **placer violento e insoportable**. Y, finalmente, en la *obsesión*, dado que el acontecimiento traumático fue el maltrato o la humillación, la emoción intensa que se apodera del niño es el **dolor físico de haber sufrido en su cuerpo o el dolor moral de haber sido herido en su amor propio**.

★

El traumatismo destruye el Superyó

Laura, la niñita que mostraba su bombacha

La tercera variedad de lo reprimido ya no es un acontecimiento ni una emoción sino un **deseo**, un impulso hacia el otro. Cuando usted oiga la palabra

“deseo” es necesario que asocie automáticamente la palabra “otro”, para ser más exactos el “cuerpo” del otro, del otro que amamos o que odiamos, de aquel que cuenta afectivamente para nosotros. Solo hay deseo si buscamos empuñar el cuerpo del ser amado para tener placer, o del ser odiado también para tener placer, pero el placer de destruir.

Aquí debo detenerme un instante para subrayar que el deseo reprimido que el psicoanalista intenta detectar no es un deseo corriente, sino un deseo enfermizo, enloquecido, sobreactivado por el traumatismo infantil. Me explico. Estando sano, sea bebé o adulto, estoy empujado necesariamente por dos impulsos contradictorios hacia el otro protector. A veces el otro es para mí una persona amada y protectora, a veces es un objeto sexual y sensual consumible. En el primer caso, se trata de amor: lo amo y busco que nunca deje de amarme y de protegerme; en el segundo caso, se trata de deseo, de un deseo perverso: lo deseo y busco satisfacerme con su cuerpo, esté él de acuerdo o no. En una palabra, yo amo a la persona del otro, pero deseo perversamente su cuerpo. Este es el carácter **normalmente** perverso de todo deseo sano: me sirvo de mi pareja como de un cuerpo que me hace gozar. Digamos entonces que el **deseo sano** es un **impulso perverso** intrínseco a toda relación amorosa, incluida la relación de un bebé con su mamá.

Ahora bien, cuando un niño sufre un *shock* traumático, se defiende de inmediato **exacerbando** su deseo sano y normalmente perverso. Traumatizado, el niño teme que se repita la agresión traumática. Para protegerse, desarrolla el deseo de paralizar a su agresor, de dominarlo o de someterlo hasta neutralizarlo y no volver a ser nunca más su víctima. **Para un niño traumatizado, protegerse de una nueva agresión es una prioridad absoluta.** De pronto, el deseo del niño agredido se transforma en un deseo más que perverso, monstruosamente perverso. El niño era víctima ¡y ahora es verdugo! Para defenderse, busca hacer él lo mismo que antes le hicieron. Estamos aquí en presencia de lo que yo llamo una **perversión postraumática**, perversión defensiva que se verifica con frecuencia algunos años después del traumatismo. El niño, antes víctima, deviene un niño, un adolescente o un adulto cruel, sádico o exhibicionista. Utilizando otro vocabulario, diría que, durante un traumatismo, el Superyó ha sido tan golpeado por el impacto traumático que la conciencia moral ha desaparecido.

Sobre esta cuestión precisa, recuerdo haber recibido a una niña de 5 años, Laura, que, de manera repetida, se levantaba la falda en el jardín de infantes, para mostrar la bombacha a sus compañeritos. Los padres, que habían sido amenazados con la expulsión de Laura de su escuela, estaban muy preocupa-

dos. Durante la primera sesión, me enteré de que mi pequeña paciente, quien presentaba labio leporino, había sufrido desde que nació íseis operaciones quirúrgicas! Comprendí entonces que ella había vivido esas operaciones como traumatismos graves y sucesivos. Y de ahí deduje que el comportamiento exhibicionista de Laura era el efecto de la **destrucción de su Superyó naciente provocado por el traumatismo.** ¡Imagine usted la cantidad de inyecciones, de dolores posoperatorios, de noches pasadas sola en la habitación del hospital! Indiscutiblemente, esta niña víctima de un inevitable maltrato médico había perdido todo pudor, puesto que ya no tenía nada que pudiera darle miedo. Pues bien, nuestra pequeña paciente había sufrido tanto que se endureció hasta el punto de no tener más miedo de nada ni de nadie. Despojada del Superyó, Laura desarrolló un comportamiento exhibicionista infantil.

Comprender el papel que cumplía el traumatismo en la génesis de la perversión me ayudó mucho a lograr interpretar el fantasma inconsciente perverso de mi pequeña paciente. Mi interpretación no se produjo de una sola vez, sino en el transcurso de varias sesiones. Con frecuencia, utilicé fotografías de Laura bebé, tomadas durante sus diversas internaciones en el hospital. Comentábamos juntos las fotos y así pude hacerle sentir que comprendía en qué medida los dolores atroces experimentados en el hospital la

habían anestesiado emocionalmente. Después de tres meses de tratamiento, la niña había perdido el hábito de los actos exhibicionistas y pudo reintegrarse a la escuela. Más tarde me dije que mi trabajo con Laura había sido regenerar su Superyó.

Recapitemos. En todo niño traumatizado, el deseo defensivo es tan patológicamente perverso que el sujeto, futuro neurótico, debe imperativamente reprimirlo. ¡Este es entonces el deseo perverso, enfermo y reprimido que el psicoanalista debe tratar de encontrar en la infancia o en la adolescencia de su paciente neurótico!

Preguntemos ahora cuáles son las diferentes formas que adquiere el deseo patógeno, perverso y reprimido en el analizante fóbico, en el histérico o en el obsesivo. Cuando el traumatismo infantil ha sido el abandono, el deseo defensivo que se inflama en el niño, futuro *fóbico*, es guardar dentro de sí al otro amado para inmovilizarlo y protegerse de un nuevo abandono. El deseo reprimido en el fóbico es, pues, el **deseo perverso de devoración**.

Cuando el traumatismo infantil ha sido la sobreexcitación sensual o sexual, el deseo defensivo que se inflama en el niño, futuro *histérico*, es excitar al otro amado, frustrarlo y mantenerlo así en un estado de insatisfacción y de espera permanente, como un modo de dominarlo y protegerse de una nueva agresión traumática. Si el deseo histérico pudiera hablar,

confesaría: “Quiero que mi amado se vuelva adicto a mi sensualidad y que yo sea su droga, pero una droga decepcionante. Así, dejándolo insatisfecho, lo mantendré siempre en un estado febril de carencia y lo someteré”. En el histérico, el deseo reprimido es, pues, el **deseo perverso de hacer del amado un ser insatisfecho**.

Cuando el traumatismo infantil ha sido el maltrato físico o moral, el deseo defensivo que se inflama en el niño, futuro *obsesivo*, es el de controlar y tiranizar al otro amado hasta tenerlo a su merced. En el obsesivo, el deseo reprimido es, pues, el **deseo perverso de someter al otro hasta aniquilarlo**.

★

Por fin, lo reprimido no es solo un acontecimiento, una emoción y un deseo, es asimismo un **fantasma**. ¿Qué es el fantasma? El fantasma es una escena, una situación conflictiva mínima, una acción esbozada cuya imagen nunca es precisa. El sujeto no la visualiza en todos sus detalles, solo percibe la intensidad de los movimientos y de los gestos que configuran la acción. Ahora bien, esta escena satisface imaginariamente el deseo perverso y sobreexcitado que acabamos de estudiar. Así, en la *fobia*, el fantasma, siempre inconsciente y reprimido –no lo olvidemos–,

es un **fantasma sádico de devoración del ser amado para impedirle que nos deje**. El conflicto aquí es devorar al amado protector, es decir, devorarlo como un objeto y al mismo tiempo cuidarlo como se cuida a una madre. En la *histeria*, el fantasma es un **fantasma sádico de excitación y de frustración del ser amado para impedirle seducirnos**. El conflicto aquí es frustrar al amado protector. En la *obsesión*, por último, el fantasma también es un **fantasma sádico**, no ya de devoración ni de insatisfacción sino de **sometimiento del amado para impedirle hacernos daño**. El conflicto aquí es dominar al amado protector. Como podrá ver usted, en los tres casos se trata de fantasmas sádicos de omnipotencia que satisfacen el deseo perverso postraumático de controlar a la persona amada e impedirle cometer una nueva agresión traumatizante.

Hemos identificado, pues, las cuatro especies de lo reprimido inconsciente. Reprimido quiere decir, recordémoslo, aquello de lo que el paciente no quiere saber nada. Esas cuatro variedades o especies son: el acontecimiento traumático infantil, la emoción traumática, el deseo monstruosamente perverso y, por último, el fantasma perverso que pone en escena ese deseo. He aquí las cuatro instancias psíquicas que constituyen la significación inconsciente que debemos aislar cada vez que interpretamos tal o cual manifestación de nuestro paciente. Así, ante

un síntoma, por ejemplo, pensaremos siempre en el niño traumatizado y en su dolor, así como en el niño perverso que nuestro paciente conserva en su interior. Como si, en su inconsciente, nuestro paciente desempeñara dos papeles antagonistas, el de un niño víctima de un monstruo que le ha hecho daño y, en el extremo opuesto, el de un niño monstruo que, para defenderse, quiere hacer daño. En consecuencia, ante tal manifestación del paciente, trataremos de identificar, en una perspectiva cronológica, los acontecimientos y las emociones sobrecogedoras de la infancia y, en una perspectiva actual, el deseo y el fantasma perverso. Estoy convencido de que no habremos comprendido la problemática de nuestro paciente hasta que no hayamos encontrado su fantasma perverso inconsciente que sintetiza el conjunto de todo lo reprimido inconsciente: traumatismo, emoción y deseo. En efecto, el fantasma inconsciente es una ficción mórbida, una escena conflictiva nacida del traumatismo, que gobierna la persona del neurótico desde su infancia perturbada. El fantasma inconsciente, en el que el sujeto desempeña alternativamente los dos papeles de víctima y de agresor, define la estrategia personal que marca toda la existencia del paciente en su tensión hacia la omnipotencia perversa o, por el contrario, hacia la impotencia victimaria. Ahora bien, aquí debemos agregar a las cuatro instancias psíquicas que componen la significación

inconsciente de las manifestaciones del paciente un elemento eminentemente preconsciente-consciente que la interpretación del psicoanalista debe también explicitar y corregir. Pienso en la imagen negativa de sí mismo. Más adelante volveremos a tratar esta imagen negativa y neurótica de sí mismo, que es el envoltorio imaginario y preconsciente del fantasma perverso inconsciente.

Si tuviéramos que resumir en una frase el diseño de la interpretación, desde lo más profundo a lo más superficial, desde lo más antiguo a lo más actual, estableceríamos la gradación siguiente: **la interpretación debe alcanzar primero el acontecimiento o los microacontecimientos traumáticos; luego, la emoción traumática; después, el deseo perverso así como el fantasma que lo satisface y, más en la superficie, la membrana imaginaria que emana de dicho fantasma: la imagen negativa de sí mismo.**

¿Cómo interpretar un síntoma?

Amalia, la mamá violenta

Me gustaría ahora describirle el itinerario mental que recorre un psicoanalista cuando interpreta. Todo comienza con el **dato inmediato** que se nos presenta y sobre el cual vamos a apuntar nuestra interpreta-

ción. Ese dato inmediato es lo que el paciente ofrece desde el punto de vista objetivo al terapeuta. Entre las innumerables manifestaciones que un paciente ofrece en sesión, llamamos **dato inmediato** a aquel que aislamos intuitivamente y en el que vamos a anclar nuestra interpretación. Ese dato tiene tres particularidades:

- Siempre es una **manifestación involuntaria** que sorprende al paciente y cuya causa él no comprende, manifestación que supera su voluntad y su saber. Un ejemplo corriente es un sueño perturbador que inquieta e interpela a nuestro paciente.
- Es una **manifestación patológica** que hace sufrir y se repite con frecuencia. El ejemplo más elocuente es el síntoma repetitivo que ha llevado al paciente a la consulta. Recuerde que lo propio de un síntoma es tender en forma espontánea a reaparecer, a recidivar.
- Por último, la tercera característica del dato inmediato es que se trata necesariamente de una **manifestación transferencial**, puesto que surge en el marco de la terapia, es decir, en el seno de una relación de confianza, de respeto, de ternura o, también, de odio hacia el terapeuta; relación que es la condición indispensable para que el paciente esté en condiciones de recibir la

interpretación del analista y que esta produzca efectos benéficos.

Hemos llegado, pues, al momento en que un psicoanalista interpreta un dato inmediato, por ejemplo, un síntoma. ¿Qué sucede entonces? Interpretar quiere decir comunicar al paciente lo que creemos que es la significación inconsciente de su síntoma. Tomemos el caso de una madre que llora tendida en el diván y me confía que se siente culpable por haberle pegado a su hijo de manera brutal e injusta. Ese es el dato inmediato que se me ofrece: una madre que sufre por haber hecho daño a quien ama. Mi primera reacción es averiguar los mínimos detalles de lo que ha sucedido. ¿Cuándo le pegó? ¿En qué circunstancias? ¿En qué habitación de la casa? ¿Estaban solos? ¿De qué manera le pegó? ¿Cuál fue la reacción del niño? Sin olvidar que es necesario averiguar la frecuencia de tales accesos de cólera. Por supuesto, yo no le hago directamente todas esas preguntas a mi paciente sino que me las guardo mientras espero que, en el curso de la sesión, ella se abra espontáneamente o que yo mismo, con mucho tacto, pueda llevarla a confiarse. No obstante, determinar los detalles del síntoma es solo el primer gesto mental de un psicoanalista. Tiene todavía que captar lo esencial, es decir, la significación inconsciente del comportamiento neurótico. ¿Cuál es esa significación? Es, en primer

lugar, el **fantasma perverso** que ha animado su cólera y su culpabilidad así como el **deseo perverso** cuya puesta en escena es el fantasma y, aún más atrás en el tiempo, el traumatismo infantil que hizo nacer el deseo. He aquí un encadenamiento causal que el psicoanalista debe articular sin siquiera pensar en ello, naturalmente: **detrás del síntoma, encuentra el fantasma; detrás del fantasma, encuentra el deseo y, detrás del deseo, encuentra el traumatismo.** Sin duda, los eslabones de una cadena como esta nunca están tan artificialmente separados entre sí; surgen en el clínico como un pensamiento reflejo. Si ahora retomamos el caso de la mamá violenta que se siente culpable, deduciremos que el fantasma inconsciente que ha inspirado su cólera es probablemente un fantasma perverso de agresión en el que ella juega el rol de su propio padre que le pega. Y deduciremos asimismo que el deseo puesto en escena por ese fantasma es un deseo sádico de hacerle daño a la persona que ella ama. De ahí su sentimiento de culpabilidad. Por otra parte, tendremos también en cuenta que, durante las sesiones anteriores, la paciente recordaba con dolor haber asistido a escenas espantosas de cuando era niña y había visto a su padre pegarle con furia a su hermano mayor. Es decir que, ante el comportamiento violento de nuestra paciente, le propondremos, en el momento oportuno, por medio de pequeñas pinceladas y con palabras accesibles, nues-

tra **reconstrucción** de los motivos inconscientes que explican sus accesos compulsivos.

La Interpretación explicativa y la Interpretación creadora

Acabo de utilizar el término “reconstrucción” que ya había empleado para definir la segunda etapa del proceso de la escucha, la de la **Comprensión**. En efecto, mi interpretación de la cólera de la madre que le pega al hijo resulta de una reconstrucción teórica que va desde el síntoma –dato inmediato–, al traumatismo –acontecimiento originario–. La interpretación que he propuesto a mi paciente es, pues, el fruto de un razonamiento lógico, interpretación muy diferente de la que, como usted recordará, presenté en *El caso del Hombre de negro* y que era fruto, no de una deducción, sino de una inmersión endopsíquica en mi propio *Inconsciente Instrumental*. Esta es una distinción muy importante en la que quiero insistir: una cosa es la interpretación que resulta de una reconstrucción teórica y otra, muy distinta, es la interpretación que resulta de la inmersión emocional que el terapeuta opera en el interior de sí mismo para captar el inconsciente de su analizante. Encontramos así dos especies diferentes de interpretación: una eminentemente racional, obtenida por deducción,

en la que *el psicoanalista es exterior al inconsciente que él interpreta*; la otra, eminentemente emocional, obtenida por medio de una zambullida endopsíquica, en la que *el psicoanalista contiene en sí el inconsciente que él interpreta*. La primera, que llamamos **Interpretación explicativa**, adquiere a menudo la forma de una explicación o de un esclarecimiento dirigido al paciente; aquí el analista habla con la cabeza. La segunda, que llamamos **Interpretación creadora**, producto de la inmersión endopsíquica, es una palabra o un gesto del terapeuta que adquiere la forma de un fulgor; aquí, el analista habla con su *Inconsciente Instrumental*. En una, el psicoanalista explica el inconsciente; en la otra, el psicoanalista recrea el inconsciente. Estos dos tipos de intervenciones son tan estrechamente complementarias que la Interpretación explicativa es la condición del advenimiento de la Interpretación creadora. Sin la reconstrucción teórica del fantasma inconsciente del paciente –establecida con lápiz y papel–, el psicoanalista no estaría en condiciones de efectuar la inmersión endopsíquica ni de dejar hablar a su *Inconsciente Instrumental* creador.

Pero cualquiera sea la forma de la interpretación, ella desemboca en el mismo efecto terapéutico: el analizante aprende, poco a poco, por mimetismo, a ahondar en sí mismo, a identificar la imagen negativa que le pesa, a corregirla y a reconciliarse consi-

go mismo. Podríamos escribir que logra instalar una **empatía consigo mismo**. Utilicemos otro vocabulario y digamos: el efecto mayor que debe producir una interpretación es ablandar al Superyó hasta el punto de volverlo conciliador con el Yo.

Agreguemos que la interpretación puede efectuarse de manera fragmentaria y progresiva; rara vez es única y masiva.

Para terminar, recordemos nuestra primera definición de la interpretación: **Interpretar es decir claramente al paciente lo que él ya sabe aunque confusamente.** Traduzcámoslo ahora: interpretar es decirle claramente al paciente la significación inconsciente del síntoma que, habiendo madurado, se ha vuelto preconscious y asible. El preconscious no es otra cosa que un inconsciente impaciente por recibir las palabras que lo nombren. Al psicoanalista le corresponde entonces encontrar esas palabras y pronunciarlas a tiempo. *Concluiremos, pues, escribiendo: interpretar es cosechar la fruta madura del inconsciente.*

La interpretación lleva a la curación

El Sosiego...

*Hoy ya no sueño
con otra vida ni con lo absoluto.*

*Hoy ya no sufro
de un intenso sufrimiento ignoto.*

*Hoy estoy reconciliado
con mis ansias olvidadas.*

*Hoy he sido liberado
y puedo reinventarme.*

POEMA ESCRITO POR UN PACIENTE DURANTE LA FASE
FINAL DEL ANÁLISIS,
julio de 2016

Vayamos ahora a los efectos de la interpretación. El epígrafe que usted termina de leer es el extracto del poema que acaba de hacerme llegar un paciente que atraviesa el último tramo de su terapia. Yo mismo no hubiera sabido expresar mejor la vivencia de un hombre aliviado de su neurosis. Cuando recibo un testimonio tan conmovedor como este, además de la satisfacción de compartir con mi paciente el momento de una serenidad conquistada, me pregunto siempre, asombrado, cómo analizante y analista hemos logrado atenuar la neurosis. Cada vez que me interrogo sobre los resortes de la curación

de uno de mis pacientes, aparece en mi espíritu el dibujo de un bucle que vuelve sobre sí mismo. Este bucle simboliza el gesto esencial que debe cumplir el analista antes de que el paciente lo cumpla a su vez y advenga la curación. ¿Cuál es ese gesto? Es el movimiento de inmersión endopsíquica operado por el clínico cuando capta el fantasma inconsciente de su paciente. Pero ese movimiento de invaginación representa también el movimiento hacia el interior de sí del propio paciente, movimiento de autopercepción que debe renovar una y mil veces, cada vez más finamente, a lo largo de toda la terapia, para llegar a discernir bien la imagen negativa de su persona y corregirla. Solo entonces nuestro analizante estará en condiciones de ver desaparecer sus síntomas. Uno comprende mejor en qué medida el analista, sin darse cuenta, enseña a su analizante cómo sumergirse en sí mismo, y hasta qué punto este, también sin darse cuenta, adquiere el gesto de la autopercepción. De esta manera, un análisis podría definirse como la transmisión, renovada de manera permanente, de la facultad de descender a lo más íntimo de su ser. Pienso aquí en las palabras decisivas de Marguerite Yourcenar cuando escribe: “El verdadero coraje consiste menos en superarse que en alcanzarse interiormente”.

No obstante, debemos hacer una clara distinción entre estos dos bucles de la autopercepción. El

analista se sumerge en su *Inconsciente Instrumental* para captar allí el fantasma inconsciente de su paciente y sube a la superficie cargado de una palabra interpretativa que hemos bautizado “**Interpretación creadora**”. El paciente, por su parte, incitado por el analista, se sumerge en su **preconsciente** para validar la escena fantasmática y la imagen negativa de sí que el terapeuta le ha reenviado.

La imagen negativa de sí que la interpretación debe modificar

Pero, detengámonos un instante para mostrar claramente en qué consiste esa **imagen negativa de sí** que arde detrás de los estados de angustia y de los comportamientos conflictivos de nuestros pacientes neuróticos. Para ser preciso, diría que, en el paciente *fóbico*, la imagen preconsciente y negativa de sí mismo es la imagen de un ser **frágil** y **vulnerable** que se angustia ante la menor amenaza de abandono. Este sentimiento íntimo de vulnerabilidad es el que impulsa al fóbico a comportarse de manera insoponible con su pareja: a veces se muestra terriblemente asfixiante y, a veces, al contrario, exhibe una arrogante autonomía. Apenas su compañero se aleja, el fóbico se siente dejado de lado y le reprocha: “¡Nunca estás cuando te necesito!”. Es fácil comprender hasta

qué punto la imagen negativa de sí, “Soy frágil y vulnerable”, lleva inevitablemente al fóbico a pedirle a su pareja que le dé seguridad amándolo con un **amor protector**, eterno, absoluto y total.

En el *histérico*, la imagen preconsciente y negativa de sí es la imagen de un ser insatisfecho y malquerido que se angustia a la mínima señal de traición amorosa. Este sentimiento íntimo de incapacidad para amar es el que lleva a la mujer histérica a comportarse de manera insoportable con su pareja: a veces, se muestra provocativa y frustrante y a veces, al contrario, exhibe una falsa ternura. Apenas su compañero se interesa en alguna otra cosa, la histérica se siente desdeñada y le reprocha: “¡Nunca soy bastante bella para ti!”. Es fácil comprender hasta qué punto la imagen negativa de sí, “Estoy insatisfecha y nadie me quiere”, conduce inevitablemente a la histérica a pedirle a su pareja que la tranquilice amándola con un **amor sensual**, eterno, absoluto y total.

En el *obsesivo*, la imagen preconsciente y negativa de sí es la imagen de un ser **que se siente nulo** y se angustia ante la menor exigencia del otro. Este sentimiento íntimo de insuficiencia es el que empuja al obsesivo a comportarse de manera insoportable con su pareja: a veces, es tiránico y agresivo y a veces, por el contrario, exhibe una dulce gentileza. Ante la menor observación que le haga su compañera, por

pequeña que sea, el obsesivo se siente humillado y le reprocha: “¡Nunca soy bastante valioso para ti!”. Salta a la vista que la imagen negativa de sí, “Soy nulo”, lleva inevitablemente al obsesivo a pedirle a su compañera que le dé seguridad demostrándole una **admiración** sin límites y un **reconocimiento** eterno, absoluto y total.

Estas son, pues, las tres imágenes negativas de sí, autopercibidas confusamente por los neuróticos, fuentes de angustia y de conflictos relacionales. El psicoanalista deberá buscar cuidadosamente cada una de esas imágenes y mostrarle al paciente que la imagen negativa de sí que él tiene es la expresión preconsciente de un fantasma inconsciente en el que desempeña a menudo el papel de un niño víctima de un verdugo que lo abandona (fobia), que no lo quiere (histeria) o que lo humilla (obsesión). **Es importante que quede claro que el verdadero culpable del malestar del neurótico no es la imagen negativa que tiene de sí, sino el fantasma perverso inconsciente que fomenta esta imagen. ¡Él es el verdadero instigador de la neurosis!**

Aquí me gustaría darle el ejemplo de una interpretación con la que he intentado mostrarle al paciente que la imagen negativa que se había forjado de sí mismo es la deriva de un fantasma perverso de humillación que corroe su vida psíquica desde que mi analizando tenía 7 años. Se trata de una larga

interpretación que le he dirigido recientemente a un hombre de unos 30 años de perfil obsesivo. Para que resulte más clara, he preferido presentarla en bloque, pero la verdad es que fue pronunciada y repetida en forma fragmentaria a lo largo de varias sesiones.

“Usted dice que es una nulidad, pero no lo es. Usted se cree nulo y lo cree desde hace mucho tiempo, incluso desde la infancia. Tengo la impresión de que, siendo muy pequeño, sufrió una presión tal, tantas exigencias por parte de un padre muy rígido, que se ha instalado en usted el sentimiento angustiante de no estar nunca a la altura de las circunstancias. Desde el momento en que usted tiene que afrontar una exigencia, por pequeña que sea, siente que crece en su interior el reproche despectivo que tal vez su padre ni siquiera pronunció nunca: ‘¡No eres capaz de hacerlo!’, autorreproche asociado de inmediato a la imagen negativa de usted mismo: ‘¡Soy nulo!’. Pues bien, usted sabe que esa idea, instilada por su padre, se ha cristalizado en lo más profundo de su ser, en una escena en la que usted es un niño humillado por un personaje imponente, agresivo y sin rostro.” Agrego que, después de recibir esta interpretación, repetida por mí varias veces, mi paciente, que hasta entonces era incapaz de lograr una posición profesional a pesar de haber sido un estudiante brillante, consiguió superar su angustia de fracaso e integrarse a un equipo dirigente en una gran empresa.

Si el analizante toma conciencia, poco a poco, sesión tras sesión, de que, en efecto, es presa de un fantasma inconsciente perverso que gobierna su existencia haciéndole creer que es vulnerable, que nadie lo quiere o que es nulo y, haciéndole soñar con una protección, un amor o una admiración imposibles, si el analizante toma conciencia de su fantasma y de su sueño loco, ese fantasma pierde su virulencia. Ese es el momento en que por fin vemos que la terapia se encamina resueltamente hacia la curación. Entendámonos: el fantasma así desvitalizado sigue estando presente en el paciente y continúa modelando los rasgos de su carácter, pero deja de ser nocivo. El sujeto, liberado del obstáculo que implica su fantasma, puede adoptar entonces una actitud serena y apacible consigo mismo, con los demás y frente a la vida.

Para resumir este capítulo, definiremos la interpretación de la manera siguiente: la interpretación es una palabra convincente o un gesto elocuente del analista dirigido al preconscious del paciente y que tiene por objetivo hacerle tomar conciencia vívida de su inconsciente enfermo (trauma, emoción traumática, deseo y fantasma) y de la imagen negativa de sí mismo. Una interpretación puede ser explicativa –si ha surgido de un razonamiento– o creativa –si ha surgido de una inmersión endopsíquica–. Su punto de impacto es siempre un dato observable, como pueden ser un síntoma, una expresión de la cara, un

sueño, un comportamiento, una decisión compulsiva o muchas otras singularidades, todas ellas ventanas al inconsciente.

*Cuatro variantes inéditas
de la interpretación del psicoanalista
ilustradas con ejemplos concretos*

Hay una edad, la de la juventud, en la que el psicoanalista, que tiene la suerte de tener buenos maestros, es un alumno aplicado y apasionado que trata de hacer coincidir la teoría aprendida con su práctica naciente. Luego, hay otra edad, la de la madurez, en la que el psicoanalista, ya experimentado, ha hecho suyo el pensamiento de sus maestros gracias a un ajuste cada vez más preciso de los conceptos a las situaciones clínicas nuevas. Por último, después de muchos años, el mismo psicoanalista se da cuenta de que su práctica se ha modificado y que es entonces necesario hacer nuevos progresos conceptuales. Esto es exactamente lo que me pasa en este momento, cuando le propongo cuatro variantes inéditas de la interpretación. Una palabra más, a propósito de la evolución del psicoanalista. Le he hablado de juventud y de madurez, pero no quisiera dejar de decirle que, a lo largo de toda la vida de un analista que va cambiando, hay dos cosas que deben permanecer intactas: el deseo de ir hacia el otro para serle útil y la capacidad de dejarse sorprender. Para mí, el psicoanalista es ante todo un hombre o una mujer que está siempre listo, en cualquier momento de su carrera, para dejarse sorprender por aquello que se presenta como banal pero que encierra el secreto de un ser.

Me gustaría ahora presentarle cuatro variantes inéditas de la interpretación psicoanalítica: la **Interpretación narrativa**, la **Prosopopeya interpretativa**, la **Interpretación gestual** y la **Rectificación subjetiva**. Estas variantes de la interpretación se me impusieron cuando me di cuenta de que, en mi práctica, suscitan –cada una de un modo diferente– un cambio inmediato de la actitud del paciente para consigo mismo. Por eso me pareció esencial identificarlas, nombrarlas, distinguirlas y conceptualizarlas.

Dejando de lado la Rectificación subjetiva, el denominador común de las otras variantes, la Narrativa, la Prosopopeya y la Gestual es el siguiente: ninguna de ellas toma la forma de un enunciado dirigido directamente al analizante. Se trata más bien de intervenciones transversales, laterales, que conducen al paciente a tomar conciencia sin levantar resistencias. Es ese justamente el denominador común: ellas no suscitan ni el temor ni la oposición del analizante. Las tres consiguen que el paciente tome conciencia de lo reprimido, con suavidad y, a veces, hasta sin que el sujeto se dé cuenta. Al dirigirse de esta manera al analizante, el analista le presenta su interpretación, pero sin imponérsela. Ahora bien, ¿cómo especificar cada una de esas figuras nuevas de la interpretación? ¿Cuáles son sus diferencias? Examinémoslas en detalle.

La Interpretación narrativa

El caso del Hombre de negro

La Interpretación narrativa es un relato metafórico propuesto al paciente. Acuérdesse del *caso del Hombre de negro* en el que intervengo después de haberme identificado con el protagonista de una historia, protagonista que no es otro que el personaje principal del fantasma inconsciente del paciente. Al contar esta historia a mi analizante, lo llevo a vivir lo que vive nuestro héroe, lo que vive ese pequeño varoncito que corre tras su madre. Lo llevo a vivir lo que habría debido vivir si hubiese podido hacer el duelo normal de la muerte de su madre, es decir, si hubiese podido aceptar en forma progresiva su desaparición. En lugar de intervenir para hacerle comprender que no ha hecho el duelo y dirigirme a él como en una interpretación clásica: “Usted perdió brutalmente a su mamá y, desde entonces, se niega ciegamente a aceptar su desaparición”, preferí, intuitivamente, gracias a la flexibilidad y a la sensibilidad de mi *Inconsciente Instrumental*, dirigirme a él de manera indirecta. Así es como me dejé llevar, inventando una alegoría del duelo tal como el paciente tendría que haberlo hecho. ¿Qué es un duelo? Un duelo es el tiempo que hace falta para aprender a vivir con la ausencia del ser amado desaparecido.

Y bien, *el Hombre de negro* no hizo su duelo, no atravesó ese tiempo necesario para integrar día tras día la pérdida de su madre. Se quedó congelado en el momento mismo en que, a los 6 años, recibió el golpe brutal del anuncio mentiroso de su padre. En ese momento, *el Hombre de negro* dejó de vivir para convertirse en un eterno niño en duelo. Con mi alegoría interpretativa, yo retorno justamente a ese instante trágico y, en lugar de identificarme con un niño perplejo, me identifico con un niño, por cierto aterrado, pero que encuentra la fuerza de lanzarse hacia delante para alcanzar a la madre desaparecida. En una palabra, con mi alegoría, recupero el instante crucial en que el niño sufrió la desgarradora y súbita separación de su madre, instante que dramatizo como si fuera el punto de partida de una carrera que se terminará cuando el niño descubra que se ha vuelto adulto. En ese momento, el duelo se habrá cumplido. En suma, mi interpretación narrativa habrá sido la metáfora del duelo que *el Hombre de negro* habría debido efectuar normalmente. Metáfora eficaz, puesto que, al recibir mi interpretación, el paciente tomó conciencia, en una sesión, del duelo que no había podido efectuar en veinte años.

Si usted me preguntara cuál es aquí el fantasma inconsciente y patógeno que he interpretado, yo respondería inspirándome en la célebre fórmula de Freud referente a la melancolía: “*La sombra del obje-*

to recae sobre el yo”. Así, diría, la sombra de la madre muerta cayó sobre el Yo de *el Hombre de negro* cuando este tenía 6 años. Desde esa edad, nuestro paciente ha vivido bajo el dominio de un fantasma letal: permanecer sepultado bajo la sombra omnipresente de la madre desaparecida.

La Prosopopeya interpretativa

El caso de Cyrille

Pasemos ahora a una forma dialogada de interpretación, la Prosopopeya interpretativa. ¿Qué es una prosopopeya? El término viene del griego *prosôpon*, “persona”, y *poiein*, “hacer”. La prosopopeya es una figura retórica que consiste en hacer hablar a un ser ausente o inanimado, un muerto, un animal, una cosa, hasta a una abstracción. La prosopopeya es, pues, una ficción que hace existir, por medio de la palabra, a un personaje muerto o vivo, pero que siempre está ausente durante la enunciación. En todos los casos, se le atribuyen al ser ausente palabras que podría haber proferido, palabras inventadas por la necesidad narrativa, pero perfectamente verosímiles.

Vayamos entonces a la **Prosopopeya propiamente psicoanalítica**. ¿En qué consiste? Es la interven-

ción del terapeuta que, dirigiéndose a su paciente, da voz al **personaje secundario** de la escena del fantasma inconsciente. El analista se desliza en la piel de ese personaje y le habla a su paciente como le habría hablado dicho personaje. Recordemos que el analista se identifica no solo con lo que siente conscientemente su paciente, sino también con lo que sentía el niño, personaje principal del fantasma inconsciente. El analista efectúa, pues, una doble identificación: con el paciente emocionado que se encuentra frente a él y con el niño conmovido del fantasma. He llamado a esta doble identificación **doble empatía**. Pero ahora debo agregar una tercera identificación, una **tercera empatía** no ya con el paciente presente en la sesión ni con el niño presente en el fantasma, sino con el personaje secundario de la escena fantasmática. Recuerde usted que un fantasma es siempre una escena que incluye dos personajes en conflicto, uno que representa al paciente –personaje principal, en general un niño abandonado, malquerido o maltratado– y otro que representa a una persona muy allegada, personaje secundario, en general un adulto, con gran frecuencia, la madre.

Dicho todo esto, le propongo entonces la siguiente definición: la **Prosopopeya interpretativa** o prosopopeya psicoanalítica es una interpretación que el analista dirige a su analizante poniéndose en el lugar del personaje secundario del fantasma o, a veces,

estableciendo un diálogo imaginario entre dicho personaje y él mismo, el analista.

Para que me comprenda, le daré el ejemplo de una secuencia clínica que ilustra cómo opera una Prosopopeya interpretativa. Recibo con regularidad a un joven fóbico, Cyrille, de 21 años y que, ocioso, se pasa el día delante de su ordenador, fumando cannabis. Recientemente, al comienzo de una sesión, me confió: “Cuando la última vez que nos vimos usted había imaginado a mi madre sentada junto a nosotros, en una silla vacía y usted actuó un diálogo entre los dos, fue algo que me impresionó mucho y al salir de aquí, me sentí aliviado! Usted me mostró la silla donde mi madre podría haber estado sentada y le preguntó, como si ella hubiera estado en verdad allí: ‘Dígame, señora, ¿cómo era Cyrille cuando era bebé?’ y, en su lugar, usted respondió: ‘¿Sabe, doctor? Siempre fui una madre muy ansiosa y temo haberle transmitido mis angustias a Cyrille cuando era pequeño. Se acurrucaba siempre contra mi pecho y pienso que cuanto más se apretaba, tanto más se impregnaba de mi ansiedad. A veces, ante sus ojos muy abiertos yo me decía que desgraciadamente mi bebé corría el riesgo de volverse tan angustiado como yo!’”.

Esta interpretación dramatizada que, en efecto, yo había dirigido a Cyrille y que él me restituía en detalle no era otra cosa que la verbalización viva

de una escena que se me impuso cuando Cyrille me confesaba que era incapaz de salir de su dormitorio, fascinado como estaba con los videojuegos. Con esa interpretación quise hacerle comprender que, si él no podía salir de su cuarto, era porque la calle lo angustiaba. En ese instante, en lugar de decirle, como en una interpretación clásica: “Su angustia es una angustia que su madre le ha transmitido”, me dejé guiar por la escena que apareció en la pantalla de mi *Inconsciente Instrumental*. En esa imagen yo veía a la madre dirigiéndose a mí, culpable de haber inoculado su propia angustia a su hijo. Cuando el analizante se sintió sobrecogido al oír de mi boca de analista las palabras que habría podido decirme su madre desaparecida, lo que oyó fue una voz interior. No era mi propia voz, era la voz interiorizada de su madre, con todas las entonaciones de una voz surgida de la infancia y que hoy resonaba en la sesión. Es como si, con mi prosopopeya, yo hubiera incitado a Cyrille a revivir su niñez oyendo a su madre hablar de él al psicoanalista. ¿Qué ocurrió? Respondamos con la terminología psicoanalítica y digamos simplemente que lo reprimido en Cyrille subió a la superficie de la consciencia atraído por el imán de la interpretación prosopopéyica del psicoanalista. Aclaremos algo. El psicoanalista no imitó la voz femenina de la madre sino que, sin dejar de hablar con su propia voz, suscitó en el analizante una emoción que este nunca

había podido vivir nítidamente. ¿Qué emoción? La emoción de sentir que él y su madre compartían una angustia muda y fusional.

Destaquemos aquí que, para que un psicoanalista logre formular una interpretación prosopopéyica, deben cumplirse varias condiciones:

- **Conocer** bien los síntomas y la historia del paciente.
- **Observar** los detalles que caracterizan la actitud del paciente: gestos, expresiones de la cara, como la mirada particularmente temerosa de Cyrille que percibí desde nuestro primer encuentro, etc.
- A partir de la percepción de un detalle saliente, **imaginar** una escena en la que el paciente riñe con una persona muy allegada.
- Este es el momento en que el psicoanalista se siente llamado a **sumergirse** en sí mismo para percibir en su fuero íntimo la escena inconsciente, sin que ello implique perder en ningún momento el contacto con su paciente. Así, el terapeuta juega mentalmente el rol de la persona cercana al analizante tal como él la imagina. En ese instante el terapeuta siente lo que ese allegado habría sentido en presencia del paciente. Cargado de esa emoción, el psicoanalista se dirige a su paciente y da vida a un ausente.

La Interpretación gestual

El caso de Francisco

En nuestra tercera variante inédita de la interpretación, el analista no solo habla, sino que se levanta de su sillón y, mientras le habla al paciente, mima la acción dramática que caracteriza la escena fantasmática inconsciente. Puede ocurrir también que el terapeuta mime no solo la acción fantaseada, sino la actitud que el paciente adopta en el momento de vivir su síntoma. Justamente, a propósito de la **Interpretación gestual** de un síntoma, pienso ahora en el caso de Francisco, un joven obsesivo que, entre otros trastornos compulsivos, tenía la costumbre de romper los picaportes de las ventanas en su afán de asegurarse cada noche de que quedaran perfectamente cerradas. Cerradas de manera tan hermética que ningún intruso pudiera penetrar en la casa. Me acuerdo muy bien de esta sesión. Francisco está sentado en el sillón, frente a mí y me cuenta en detalle el rito nocturno que cumple todas las noches en su casa: “Me dirijo a la ventana del salón y la cierro tan enérgicamente que a veces termino por romper el picaporte. Una vez que me he asegurado de que la ventana ha quedado bloqueada, puedo ir tranquilamente a acostarme y masturbarme con lo que cumplo además otro de mis ritos irreprimibles”. Lo que quiero mos-

trar aquí no es tanto el comportamiento obsesivo de este joven paciente como la manera en que actúa un psicoanalista. Después de que Francisco, en respuesta a mis preguntas sobre las circunstancias precisas del rito de cada noche, me describió los gestos esteotipados que debe efectuar, me levanto del sillón, me dirijo hacia uno de los cuadros que cuelgan de la pared de mi consultorio y, haciendo como si el cuadro fuera una ventana, le hablo a mi paciente.

Imagine la escena. Estoy de pie y Francisco, que permanece sentado, se vuelve hacia mí y me mira. Yo, siempre de pie ante el cuadro, extendiendo el brazo hacia el “cuadro ventana”, hago girar un picaporte virtual y le pregunto: “Entonces usted agarra el picaporte ¿y lo aprieta así, hasta que se rompe?”. Y él, muy atento a mi gesto, me responde: “No. ¡No es exactamente así!”. Sorprendido, lo miro y le repli-co: “¿Cómo que no es así? ¿Cómo hace usted entonces?”. Francisco me responde explicándome que el movimiento de mi mano corresponde a lo que él hace, pero que él nunca se pone frente a la ventana. Para cerrar, se pone de costado. No olvidemos que mientras habla, Francisco sigue sentado en su sillón y yo sigo de pie. Es entonces que agregó: “¿Cómo hace usted para cerrarla? ¿Por qué se pone de costado? ¿Por qué elige una posición tan incómoda para girar un picaporte? ¡Ponerse a un costado es demasiado complicado!”. Y él me responde

de inmediato: “¡Porque nunca vuelvo la espada! Tengo miedo de que me apuñalen por detrás”. Desconcertado, retomo sus palabras: “¿Lo apuñalen por detrás? Pero ¿cómo podrían apuñalarlo por la espalda si justamente, al haber cerrado la ventana, nadie puede entrar? ¡Usted está solo en la casa con su madre que duerme en el piso superior! ¿De quién tiene miedo?”. Francisco permanece silencioso y yo comprendo, sin decir nada, que la madre, a la que está por completo sometido, era, en su fantasma, un monstruo sanguinario. En ese momento, la única, la única palabra que decidí pronunciar fue sugerirle, con mucho tacto: “No veo a ninguna persona, salvo a su madre, que podría atacarlo por detrás”. Por supuesto, pensé que la puñalada por la espalda evocaba su deseo homosexual reprimido. Sin embargo, en ese estadio de la terapia, no quise hablar de la madre asesina ni de la homosexualidad. Lo que quiero destacar, presentando esta viñeta clínica, es que si yo no me hubiera puesto de pie para mimar su síntoma, nunca habría podido concebir que, en el fantasma obsesivo de Francisco, la figura de la madre era tanto el ser más adorado como el más peligroso. Usted comprenderá así que, **al mimar el síntoma, hice surgir, sin quererlo, el fantasma inconsciente, zócalo del síntoma**. De ahí que podamos afirmar que mi intervención gestual ha sido una interpretación psicoanalítica y, agregaría, una interpretación

eficaz, pues Francisco terminó la terapia un año más tarde, aliviado de una neurosis más bien grave. Gracias a intervenciones transversales eficaces como la Interpretación gestual, pude acompañar a ese paciente hasta que logramos hacer desaparecer sus síntomas invalidantes.

El caso de Alberto

He aquí otro ejemplo de **Interpretación gestual** del psicoanalista que a la vez es un ejemplo de **Rectificación subjetiva**. Pienso en Alberto, un abogado de 34 años que desde hace dos está en pareja y proyecta casarse dentro de poco. Al comienzo de la primera entrevista, me dice: “He venido a consultarlo porque tengo un problema: mi compañera –que está aquí en la sala de espera– descubrió que muy seguido me levanto en medio de la noche para masturbarme mirando un sitio pornográfico. Ella querría –y yo también– que esto se termine; no podemos casarnos mientras esas ganas se repitan”. Cuando oigo semejante queja, pienso de inmediato en la repetición del síntoma. Recuérdelo, el síntoma siempre se repite. Para mí es un automatismo del pensamiento clínico que me lleva a preguntarle inmediatamente al paciente: “¿Desde cuándo se masturba usted de esta manera?”. “Desde hace mucho tiempo, desde

mi adolescencia”, me responde. Poco a poco, en el transcurso de esta primera entrevista, descubro que Alberto sufre de una adicción masturbatoria tal que le es imposible eyacular si no es con su mano. Es decir que puede penetrar a la mujer, pero para eyacular, debe retirarse y masturbarse. “¿Esto le pasa ahora con Emilia o bien es un hábito que ya ocurrió con otras mujeres?”, le pregunto. “Ya me pasó con mi primera novia, una relación que duró ocho años, sin lograr nunca eyacular en su vagina. En realidad, ahora que lo pienso, jamás he eyaculado en el interior del cuerpo de una mujer”. En ese momento efectúo lo que llamo una **Rectificación subjetiva** que, como verá, será también una **Interpretación gestual**. La llamo Rectificación subjetiva porque rectifico el sentido que el paciente da a su síntoma. Realizar una Rectificación subjetiva –como veremos luego– significa modificar la idea que el paciente tiene del trastorno por el cual viene a consultar, así como el modo en que vive el trastorno. Rectificar su pensamiento y sus sentimientos durante la primera consulta. En el caso de Alberto, el problema no era, contrariamente a lo que él creía, su inclinación a la masturbación nocturna y secreta; el problema no era tampoco que engañara a su compañera con imágenes pornográficas. No, el problema era otro. Es ahí que me acerco al paciente, le tomo la mano derecha con toda naturalidad y, sin que él se muestre sorprendido, le golpe-

teo la palma y le digo: “El problema es que su sexo, quiero decir su pene, está como pegado aquí, en la palma de su mano. Para poder eyacular, su pene tiene la necesidad imperiosa de sentir la piel de su palma y sentirse sacudido siguiendo un ritmo que solo usted conoce”. “¡Nunca había pensado en eso!”, me dice. Y yo le agregó: “Lo que tenemos que lograr, usted y yo, es despegar el pene de la mano”.

Acá vemos como he operado una Rectificación subjetiva gracias a una Interpretación gestual. La Rectificación subjetiva consistió entonces en un desplazamiento. Recibo un paciente que me consulta por su dependencia de las imágenes pornográficas y yo desplazo el problema mostrándole la dependencia de su sexo respecto de su mano. De una dependencia visual pasé a una dependencia táctil. Aunque debería decir: de un goce voyeurista compulsivo, pasé a un goce táctil compulsivo. El trastorno de Alberto es un síntoma sexual grave que, en sexología, se llama “aneyaculación”. Digo grave porque, si no logramos romper esta adicción inveterada de la mano al pene y del pene a la mano, el paciente nunca tendrá hijos, salvo si recurre a una procreación médicamente asistida. Otros pacientes se vieron obligados a solicitar una procreación asistida por trastornos muy parecidos a los de Alberto. Recuerdo haber recibido a un hombre de unos 40 años, que sufría de impotencia crónica. No podía penetrar el cuerpo de su mujer

porque vivía dominado por un fantasma en el que el sexo femenino estaba tan herméticamente sellado que temía quebrarse el pene contra una supuesta puerta metálica que cerraba la vagina. Volviendo al caso de Alberto, espero y creo que en los próximos meses podremos desinvertir la mano y desconectar la pareja mano-pene.

Pero retomemos mi Interpretación gestual aplicada a suprimir esa soldadura sensorial mano-pene. La Interpretación se concretó en mi gesto de analista de tomar la mano del paciente, golpetear la palma y decirle que su pene estaba adherido a ella. Debo precisarle que ese modo de intervención no es frecuente en mi práctica. Si recurrí a él, fue en total y plena conciencia del psicoanalista que soy. Mi gesto fue espontáneo, simple, diría desafectado, recibido por el paciente con la misma simplicidad, pero vivido por él como una revelación sorprendente de la verdad. Debo agregar que, al escribir estas líneas y al hacer el relato de mis intervenciones en sesión, como lo estoy haciendo ahora, no soy indiferente —a semejanza de todos los colegas que enseñan— al efecto que mi palabra puede producir en los jóvenes terapeutas. Soy consciente de correr el riesgo de incitar a algunos de ustedes a reproducir mecánicamente, como por mimetismo, nuestra manera de trabajar con el paciente. Es el problema que afronta todo psicoanalista que enseña. Cuando le cuento

a usted que toco la mano del paciente, debo precisar que jamás lo hubiera hecho al comienzo de mi práctica. ¡Lo hago recién ahora después de más de cincuenta años de oficio! Dirigiéndome a los jóvenes analistas que me leen, les pido entonces: “¡Por favor, no toquen la mano del paciente sentado frente a ustedes!”. La intuición de un buen clínico, debería decir, el *Inconsciente Instrumental* de un buen clínico, es el fruto de una lenta maduración en el correr de una larga práctica acompañada de una constante reflexión teórica.

La Rectificación subjetiva

El caso de Sergio

¿Qué es la rectificación subjetiva? Acabo de darle a usted un indicio al presentarle el caso de Alberto, pero ahora me gustaría profundizar nuestro concepto. La Rectificación subjetiva es la intervención con la que el terapeuta concluye la primera entrevista y fija de entrada el eje generador de la cura. Ocurre con frecuencia que las palabras de conclusión quedan marcadas en la memoria de nuestros pacientes y, algunos años después, en el curso de las últimas sesiones del tratamiento, estamos sorprendidos de verlos reaparecer. Durante el primer encuentro, el

terapeuta, al dirigirse así a su paciente todavía desconocido, sintetiza lo que ha comprendido en el transcurso de la entrevista y, sobre todo, modifica –es por eso que hablamos de rectificación–, rectifica la visión errada que el paciente tenía de la causa de sus trastornos. Creemos, en efecto, que al finalizar la primera cita es deseable que el psicoanalista intervenga y corrija la falsa interpretación que el paciente se ha forjado de su malestar.

Tomemos el caso de Sergio, un paciente que vino a consultarme por su depresión. Se imaginaba que su estado era consecuencia de un exceso de actividad profesional. Estaba convencido de que, a fuerza de quemar todas sus energías en el trabajo, había caído en la depresión. Es así que, a semejanza de otros pacientes que nos consultan, Sergio etiquetaba su sufrimiento con la expresión de moda *burn-out*. Después de interrogarlo sobre las crisis depresivas que, desde su juventud, precedieron su derrumbe actual y, sorprendido por el contraste entre su porte de hombre fuerte, en apariencia indestructible, y su mirada tierna de niño temeroso, le propuse considerar diferentemente la causa de su abatimiento. Le dije que su depresión era en realidad la manifestación actual de una angustia profunda y antigua. Le dije también que, más que un depresivo, era un hombre angustiado desde la infancia y que, cuando el director de la empresa donde trabajaba lo licenció,

él vivió esa cesantía como un niño vive un abandono. Le dije asimismo –siempre al final de la entrevista– que su emoción dominante desde la infancia era la angustia, el temor de ya no ser amado, de no sentir ya la seguridad del amor del otro y que la tristeza de hoy no era sino la espuma de la angustia de no ser amado. El temor de perder el amor es tan agudo en él, y desde hace tanto tiempo, que al menor signo que le hace sospechar que no lo quieren, se hunde y se deprime. Recuerde usted la diferencia entre angustia y tristeza. La angustia es el miedo a perder el amor, mientras que la tristeza es el dolor de haberlo perdido. En nuestro paciente, la angustia es el verdadero sustrato de su persona, mientras que su tristeza depresiva solo es una reacción provocada por un licenciamiento vivido como un rechazo de amor. El paciente creía que su depresión respondía al *surmenage*, cuando en realidad era un derrumbe desencadenado por el sentimiento de haber perdido un amor que lo aseguraba. No todos los colaboradores licenciados se deprimen forzosamente. Solo se deprime el que, teniendo necesidad de sentirse querido sin condicionamientos, vive su licenciamiento como un abandono.

En suma, mi Rectificación subjetiva estuvo inspirada por una idea que se hizo claramente presente en mi espíritu al final de la entrevista, pero que palpitaba dentro de mí –sin que yo tuviera plena con-

ciencia— a medida que escuchaba al paciente. Podría descomponer esa idea del modo siguiente.

A lo largo de esta primera entrevista, sentí claramente que el paciente había sido un niño hiperprotegido por una madre muy ansiosa. ➔ Luego, que ese niño fragilizado se había vuelto, desde los 6 o 7 años, un chico angustiado ante la menor contradicción. ➔ Una vez adulto, sin darse cuenta, Sergio tiene la imperiosa y constante necesidad de sentir que es incondicionalmente amado por las personas que lo rodean, de sentirse reconocido por sus superiores jerárquicos, no solo por lo que hace, sino también por lo que es. El amor protector es para él una droga que nunca debe faltarle. ➔ Luego, sobreviene la licencia, vivida como la pérdida de ese amor y de esa seguridad adictivos. Se instala entonces en él el síndrome depresivo: ideas negativas de sí mismo, lasitud, fatiga física y tristeza invasiva.

Clara, la bebé que se dejaba morir

Le propongo otro ejemplo, particularmente sorprendente, de una Rectificación subjetiva lograda, una interpretación de tal potencia terapéutica que la paciente se vio aliviada de su síntoma en una sola sesión. Por cierto, no todas las Rectificaciones subjetivas tienen una eficacia tan fulgurante, pero quiero

compartir esta singular secuencia clínica con usted porque es una bella ilustración del poder que tiene el psicoanálisis para curar a nuestros pacientes.

Clara es una beba de diez meses que su madre me trae a la consulta. De aspecto muy enfermizo, la pequeña tiene un tinte lívido, no habitual en un bebé. El cuerpecito no tiene ninguna tonicidad, ella no come prácticamente nada y casi no duerme, apenas tres horas por día. Su madre me dice que ha consultado a varios pediatras, pero que ha sido en vano. Me precisa que antes su bebita lloraba mucho, pero que desde hacía poco tiempo, en lugar de llorar, se queda despierta y mira todo con ojos muy abiertos y tristes. Durante esa primera entrevista, la pequeña está inerte, inexpresiva, con el cuerpo abandonado sobre el regazo materno. Al cabo de un momento, me dirijo a la madre y le pregunto si ella duerme bien de noche: “Pero yo duermo poco, doctor. ¿Cómo podría dormir si Clara no duerme?”. En mi búsqueda de detalles, insisto: “Pero, en el poco tiempo que duerme, ¿duerme bien?”. La madre duda un momento y me responde: “En realidad, me pasa algo horrible. En cuanto caigo dormida, me vuelvo a despertar por una pesadilla atroz: veo de pie, parada a mi lado, a mi hermana que llora y me habla. Es como una visión”. “¿Una visión?”, le pregunto. “Es mi hermana Lucía que se suicidó hace ocho meses en circunstancias trágicas. Y esa visión me vuelve

todas las noches desde que nació Clara”. Es ahí que ella estalla en sollozos. En ese instante, al ver a la madre deshacerse en lágrimas, miro a la bebé y, con toda la convicción de sentirme plenamente comprendido, le digo: “Sabes, Clara, acabo de entender por qué tú no duermes. No duermes porque sientes que tu mamá está en peligro y quieres protegerla. Pero ahora que sé por qué llora, te prometo que me voy a ocupar de ella. Soy yo el que va a ocuparse de la pena de tu mamá. ¡Ahora, te lo aseguro, puedes dormir tranquila!”. Pues bien, mientras yo le hablo así, la beba se vuelvé hacia mí y me dirige una mirada conmovedora y plena de inteligencia. Ya no tiene los ojos apagados y sin brillo del comienzo de la sesión. De pronto, la pequeña Clara se incorpora como si su cuerpo hubiese recobrado vida, se acurruca contra su madre y apoya la cabeza sobre su brazo como en un gesto de alivio. Ciertamente, un bebé no comprende el sentido de las palabras, pero oye la música emocional de las palabras. Y en este caso, mi música era envolvente y firme a la vez.

Tres días más tarde, cuando volví a verlas, la beba ya no era la misma y la madre también había cambiado. ¿Qué pasó? Mi interpretación rectificativa alivió a la pequeña porque, al asegurarle que yo me ocuparía de su mamá, la liberé de la tarea imposible de tener que ocuparse ella misma. Hasta entonces, Clara carecía del apoyo materno, pues la madre, absorbida

por su pena, ya no la sostenía más en sus brazos. Desamparada, la pequeña se había proyectado demasiado hacia delante para su edad y se sobrepasaba más allá de sus fuerzas para proteger a su mamá, no solo por amor, sino también por instinto de supervivencia: necesitaba encontrar brazos fuertes y tiernos que la llevaran. Clara estaba agotada por el esfuerzo sobrehumano de una vigilia interminable. Yo tenía la impresión de que Clara, a la edad de la etapa oral, vivía precozmente el estadio siguiente, la fase motriz anal, en la que el niño ya se mantiene de pie solo. Queriendo ser la madre de su madre, había ido demasiado lejos para un bebé. Al dirigirle una palabra emocionada: “Yo me ocupo de tu mamá, puedes dormir tranquila”, le imprimí un impulso regenerador, y le signifiqué: “Recupera tu inocencia de bebé. ¡Descansa!”.

¿Cómo llegaron a mí estas palabras? ¿Cómo surgió en mí la Rectificación subjetiva? En el instante mismo en que vi a esa madre deshacerse en lágrimas, comprendí que el sufrimiento del bebé respondía a su esfuerzo de querer sostener, con toda su fuerza, a una madre frágil. Sin embargo, no llegué a esa comprensión como resultado de una reflexión; muy por el contrario, fue una revelación que se me impuso como un relámpago. Hasta ese momento preciso, yo no había captado la causa de la tristeza ni del insomnio de la niñita. Tuve que oír los sollozos de la madre,

tan atormentada por la muerte de su hermana, para que, espontáneamente, me volviera hacia la niña, me concentrara y sintiera las tensiones dolorosas que el bebé debía sufrir. ¿Qué fue lo que sentí entonces? Sentí que la pequeña Clara vivía inconscientemente su cuerpo como un cuerpo tetanizado, todo crispado y tendido hacia delante, queriendo encontrar los brazos de su madre que ya no la sostenían. Hasta llegué a imaginar que ese cuerpo extraño era un cuerpo con la espalda desgarrada, como si, al perder los brazos protectores de su madre, Clara hubiese perdido la espalda, una espalda que normalmente permanecía moldeada en el hueco de los brazos maternos. En realidad, el cuerpo fantasmático que aluciné era lo opuesto del cuerpo flojo de un niño triste. Yo veía mentalmente una tensión, la tensión del cuerpo hipertónico de un niño sobreexcitado que quería realizar con desesperación un esfuerzo que lo supera. Ante mí, veía a una bebita abatida pero, en mi escucha endopsíquica, veía la figura de una niña con la espalda en carne viva y con el cuerpo hipertenso, todo estirado hacia delante. Esto muestra en qué medida el cuerpo inconsciente, nacido en la escucha del psicoanalista, es radicalmente diferente del cuerpo vivo del niño tal como aparece en la sesión.

★

Para concluir este capítulo, le propongo resumir cada una de las variantes inéditas de la interpretación que acabamos de examinar. Tenemos, en primer lugar, la **Interpretación narrativa**, que hemos ilustrado con *El caso del Hombre de negro* y que definiremos diciendo que toma la forma de un relato que el analista, identificado con el personaje principal del fantasma inconsciente, narra a su paciente.

En la **Prosopopeya interpretativa**, que hemos ilustrado con el caso de *Cyrille*, el analista presta su voz y su palabra a un ser ausente que no es otro que el personaje secundario del fantasma inconsciente del analizante, personaje con el cual él se ha identificado.

En la **Interpretación gestual**, que hemos ilustrado con los casos de *Francisco* y de *Alberto*, el analista pone en escena, remedándola, la acción que está en el corazón de la fantasía inconsciente.

En la **Rectificación subjetiva**, que hemos ilustrado con los casos de *Alberto*, de *Sergio* y de la pequeña *Clara*, el analista rectifica, al final de la primera entrevista, el sentido que el paciente da a los síntomas que lo llevaron a consultar.

En resumen, en la *Interpretación narrativa*, el analista se identifica con el personaje principal del fantasma y su palabra adquiere la forma de un relato; en la *Prosopopeya interpretativa*, el analista se identifica con el personaje secundario

del fantasma y su palabra adquiere la forma de un **diálogo**; en la *Interpretación gestual*, el analista se identifica con la acción misma del fantasma y su palabra así como su cuerpo ponen en escena dicha **acción**; en la *Rectificación subjetiva*, por último, el analista **modifica** el sentido que el paciente da a sus síntomas. Su palabra cierra la primera entrevista y abre el espacio de la cura.

Quiero destacar que estas cuatro formas de interpretación son **creativas**, y lo son por dos motivos. Son creativas porque brotan espontáneamente de la inmersión endopsíquica de un analista creador, y son creativas también porque producen un paciente nuevo. Estas interpretaciones son siempre imprevisibles y están compuestas de palabras o de gestos que se inventan a medida que el terapeuta habla o actúa. No pueden programarse ni concebirse de antemano, ni están precedidas en lo inmediato por una reflexión, aunque la reflexión es la condición absoluta e indispensable de su súbita eclosión. Sin que el analista se dé cuenta claramente, la Interpretación creadora se prepara en silencio a la espera de poder surgir en el momento oportuno. Para que el analista tenga el coraje de dejar hablar a su *Inconsciente instrumental*, hace falta que haya tenido también el coraje de trabajar mucho y fertilizar su pensamiento con el limo de la teoría.

Decía que estas interpretaciones son creativas porque producen un paciente nuevo. Pero ¿qué es crear? **Crear es producir una combinación nueva con elementos viejos.** Y bien, esa es la acción del psicoanalista, producir una combinación nueva con todo lo que nuestro paciente trae ya consigo, sin agregar ni suprimir nada, pero llevándolo a actualizar todos sus recursos potenciales de hombre o de mujer.

*La curación
sigue siendo un enigma*

**iMi
capítulo preferido!**

¿Cómo saber si un paciente está realmente curado?

Llegamos al final de nuestro recorrido sobre la curación y quiero terminar respondiendo a una pregunta. ¿Cómo saber si un paciente está realmente curado? Por supuesto, ningún paciente llega a curarse por completo, y el psicoanálisis, como todo remedio, no cura a todos los pacientes ni cura de manera definitiva. Siempre quedará una parte de sufrimiento, un sufrimiento irreductible, inherente a la vida, necesario a la vida. Vivir sin sufrimiento no es vivir.

No obstante, hay algunos indicadores de curación que atestiguan que un paciente ha dejado de ser paciente. La persona del analizante no ha cambiado,

pero su actitud mental, sí. Más concretamente, ¿qué es lo que ha cambiado? Responderé simplemente pensando en todos los analizantes que han terminado su terapia, felices de haberla emprendido y completado.

- El paciente curado reconoce sus defectos y valora sus cualidades, sin exageración. Ya no se siente ni el más insignificante de los hombres ni el más inteligente.
- Se quiere tal como es y, por consiguiente, se vuelve más tolerante consigo mismo, con las personas que lo rodean y en sus relaciones sociales. La tarea del análisis no es hacer personas normales, sino favorecer en ellas un diálogo interior no conflictivo y permitirles recobrar el gusto de vivir.
- Ha comprendido que lo que nos hace sufrir no es el acontecimiento trágico que debemos afrontar sino la manera neurótica de interpretar y vivir el acontecimiento.
- El paciente curado se recupera más fácilmente de los trastornos provocados por los acontecimientos perturbadores de la vida. Ha aprendido que ningún dolor es definitivo, ni absoluto, ni total y que uno siempre conserva en su interior recursos insospechados para volver a ponerse de pie. **Estar curado es poder reaccionar a lo**

inesperado, por doloroso que sea, y reencontrar la capacidad de amar y de actuar.

- Ha comprendido que perder al ser amado o a su amor, perder la salud, la dignidad o, aun, los bienes materiales, en suma, perder lo más preciado, nunca es perderlo todo, y que lo que se pierde es solo una parte de uno mismo. Aprender a relativizar las pérdidas es lo que nos permite atravesar con más serenidad las inevitables pruebas de la existencia.
- Sea hombre o mujer, no se siente humillado por ser afectivamente dependiente. No es porque aceptemos una disciplina o porque ejecutemos las órdenes de un superior jerárquico, ni porque recibamos las indicaciones de nuestra pareja, que debemos sentirnos rebajados o sometidos. Creer que es indigno mostrarse dependiente, he aquí una susceptibilidad que revela que el neurótico no ha salido aún de su neurosis. Es el caso, tan frecuente, de aquellos pacientes que se niegan a amar por temor a depender demasiado del otro y sufrir un posible abandono. Resumiré este indicador de curación diciendo: **en suma, estar curado es vivir sin temor y sin vergüenza de sentirse afectivamente dependiente.**
- Ya no se avergüenza tampoco de jugar como un niño porque ha comprendido de manera intuitiva que ser un hombre o una mujer maduros sig-

nifica permitirse regresar a la infancia cuando uno quiera y como quiera, sin sentirse ridículo por hacerlo. **Estar curado es amar al niño que hemos sido, que vive en nosotros y que está siempre listo a reaparecer.**

- Ha conquistado la aptitud de calmar los conflictos relacionales, de hacer concesiones, de cuidar de la persona amada y del amor que los une y de ocuparse de sus semejantes.
- Se siente interiormente unificado, aun cuando a veces tiene crisis de angustia, arrebatos de cólera, accesos de celos y hasta llamaradas de deseo perverso que lo superan. Hace coexistir en él diferentes impulsos contradictorios, tales como el amor y el odio, el valor y la cobardía, el deseo y la culpabilidad y hasta la humildad y la omnipotencia.

★

La curación sigue siendo un enigma

He aquí todo lo que me importaba decirle sobre el psicoanálisis y la curación. Y ahora que he terminado de reflexionar con usted, me gustaría compartir todavía un interrogante que reúne en sí todas las

preguntas que nos hemos hecho en este libro. Pienso en ese momento terminal de la terapia en que no comprendemos cómo se ha curado nuestro paciente. Hemos comprendido todo lo que había que hacer para que un paciente se curara y, sin embargo, nos sorprende y nos emociona verlo por fin libre de sus tormentos. Hemos seguido el protocolo terapéutico que va de la neurosis a la curación. Recordémoslo en sus diferentes etapas: la *observación*; la *comprensión racional* del origen de las perturbaciones del paciente, es decir, la reconstrucción de su fantasma inconsciente patógeno. La *inmersión endopsíquica* que nos permite vivir emocionalmente dicho fantasma inconsciente. La *comunicación* al paciente de la escena fantasmática que, en un primer tiempo, habíamos reconstruido con lápiz y papel y que luego experimentamos. Al comunicarle al paciente el contenido de su fantasma, le enseñamos el gesto mental de la *autopercepción*. Sin quererlo, le enseñamos a entrar en sí mismo, a reflexionar sobre sí, a dialogar consigo mismo en un ir y venir entre el pasado y el presente. El *retorno dentro de sí* que nuestro paciente repite a lo largo de las sesiones lo lleva a identificar poco a poco la escena de su fantasma patógeno y la imagen negativa de sí mismo que resulta de ella. Analista y paciente corrigen entonces dicha imagen hasta desvitalizar el fantasma que la promueve. Así, liberado del obstáculo de sus síntomas, nuestro analizante podrá

implicarse activa y positivamente en la existencia. He aquí entonces el protocolo terapéutico que hemos seguido y que ha conducido al paciente a una indiscutible mejoría. Y, sin embargo... yo no sabría decirle cuál ha sido la razón última de la curación.

Hay que afirmarlo sin vacilar. Para nosotros, los analistas, el advenimiento de la curación sigue siendo un enigma. Toda la teoría psicoanalítica no es más que un inmenso intento de responder a la pregunta que cada psicoanalista se hace después del último encuentro con un paciente que se ha visto por fin libre de su sufrimiento. Esta pregunta que nos hacemos después del último apretón de manos y una vez que la puerta se ha cerrado tras esa persona que ya no será más nuestro paciente es la siguiente: ¿qué pasó para que ahora esté bien? Al final de cada terapia que alcanza el éxito, me hago siempre la misma pregunta y nunca puedo responderla claramente.

Así, el mejor lema que puede adoptar un psicoanalista se inspira en el célebre adagio de Ambroise Paré: "Yo lo asistí, Dios lo curó". De esta manera quisiera proponerle el aforismo que me guía:

Yo escucho a mi paciente con toda la fuerza de mi inconsciente de psicoanalista, pero es lo Desconocido lo que lo cura.

Índice

<u>Prólogo, Gabriel Rolón</u>	7
<u>1</u>	
Cómo trabajo y ayudo a mis pacientes a curarse	
<i>El caso del Hombre de negro</i>	19
La escucha del psicoanalista es un proceso en 5 etapas	25
<i>Detrás de la tristeza depresiva se esconde el odio</i>	29
I. La Observación	35
II. La Comprensión	39

III. La Escucha propiamente dicha	41
IV. La Identificación del psicoanalista con el niño fantasmático	51
V. La Interpretación: “ <i>¡Esto es lo que he encontrado de usted en lo más profundo de mí!</i> ”	53
<i>El caso del Hombre de negro.</i> Un ejemplo de escucha y de identificación endopsíquicas, así como de Interpretación narrativa	57
2	
La idea central de este libro	65
3	
Interpretar es decirle claramente al paciente lo que él ya sabía, aunque confusamente	71
Interpretar es hacer consciente lo inconsciente	74
Ser conscientes nos beneficia	76

¿Qué es este inconsciente enfermo que el psicoanalista debe revelar a su paciente?	80
El traumatismo destruye el Superyó <i>Laura, la niña</i> <i>que mostraba su bombacha</i>	86
¿Cómo interpretar un síntoma? <i>Amalia, la mamá violenta</i>	94
La Interpretación explicativa y la Interpretación creadora	98
La interpretación lleva a la curación	101
La imagen negativa de sí que la interpretación debe modificar	103

4

Cuatro variantes inéditas de la interpretación del psicoanalista ilustradas con ejemplos concretos	109
La Interpretación narrativa <i>El caso del Hombre de negro</i>	113

La Prosopopeya interpretativa

El caso de Cyrille

115

La Interpretación gestual

El caso de Francisco

120

El caso de Alberto

123

La Rectificación subjetiva

El caso de Sergio

127

Clara, la bebé que se dejaba morir

130

Estimado/a lector/a:

Recibiré con mucho gusto los comentarios que la lectura le haya inspirado.

J. D. N.
nasio@orange.fr

5**La curación sigue siendo un enigma**

139

¿Cómo saber si un paciente
está realmente curado?

141

La curación sigue siendo un enigma

144

A close-up portrait of J.D. Nasio, a middle-aged man with dark hair, wearing a dark suit, white shirt, and a patterned tie. He is resting his chin on his right hand and looking directly at the camera with a slight smile.

"Yo querría que usted entrara en mi consultorio y, como si fuera invisible y silencioso, se instalara a mi lado, tomara una lupa mágica y observara lo que pasa en el interior de mi cabeza y de mi corazón de terapeuta cuando escucho a mi paciente. Estoy convencido de que un psicoanalista cura a su paciente no sólo gracias a lo que sabe, a lo que dice o a lo que hace, sino sobre todo gracias a lo que es, y agrego, a lo que *es inconscientemente.*"

J.D. Nasio

Con más de cincuenta años de experiencia clínica y aún el entusiasmo del primer día, J.D. Nasio nos muestra de la manera más vívida y a través de ocho casos clínicos conmovedores, cómo un psicoanalista acompaña a su paciente hasta la curación.