

“Envuelto en una cáscara de nuez”:
ideas sobre la complejidad, el reduccionismo,
y el “espacio infinito”

*Glen O. Gabbard**

*El autor agradece la ayuda
de los Dres. Tom Ogden, Paul Williams, Nancy Chodorow
y Warren Poland
sobre versiones anteriores de este trabajo.*

Al contemplar su destino en el Castillo de Elsingor, Hamlet dice al pasar: “Podría encontrarme envuelto en una cáscara de nuez y considerarme el rey del espacio infinito.” A menudo he pensado que esta es una forma apropiada de describir al analista sentado en su consultorio. Paciente y analista se encuentran detrás de una puerta cerrada, un día tras otro, por un período de años, ambos confinados a sus respectivas posiciones en la habitación. Cada uno habita su rol en la disposición asimétrica del encuadre psicoanalítico. El analista se halla limitado por la confidencialidad y los otros requerimientos analíticos que comprenden la arquitectura de este marco. Dentro de esta cáscara de nuez de limitaciones y confinamiento, sin embargo, una frontera de espacio infinito se despliega para el analista. El espacio al que aludo es, evidentemente, un paisaje interior. Aunque esto hace resonar en algunos aspectos a la noción del inconciente como infinitos conjuntos, de

* MD. Miembro de la Asociación Psicoanalítica Americana. 6655 Travis, Suite 500,
77030-3498 Houston TX, USA. E-mail: ggabbard@aol.com

Matte-Blanco (1998), pienso este particular espacio en forma algo diferente. Es un territorio que incluye el espacio intrapsíquico del paciente, el espacio intrapsíquico del analista, y esa frontera poco claramente definida donde ambos convergen y se superponen.

La contemplación del espacio infinito requiere de una mente que esté lo suficientemente abierta como para aceptar la complejidad, la paradoja, la causación múltiple y los puntos de vista alternativos. En psicoanálisis, la teoría puede ser tanto un esclavo como un amo. Los analistas corremos el riesgo de quedar confinados en nuestra cáscara de nuez de teoría de una forma que puede constreñir nuestro pensamiento. De esta forma, la adhesión dogmática a una teoría puede hacer colapsar el espacio infinito que se nos vuelve disponible en el ámbito de nuestros ensueños (*reveries*) privados mientras estamos sentados con el paciente. Las múltiples perspectivas desde las que se puede ver el síntoma del paciente o la transferencia pueden quedar reducidas a una única visión privilegiada que se ajusta al modelo teórico de nuestra preferencia. Como lo señalara recientemente Britton (2000): "Las teorías no sólo informan a la práctica, sino que pueden también obstruir su desarrollo".

Una sorprendente paradoja ha emergido de la escena contemporánea. El pluralismo es el sello que distingue al discurso psicoanalítico del siglo 21. El diálogo entre las culturas psicoanalíticas llena las páginas de nuestras revistas y resuena en los corredores de nuestros encuentros. Similitudes y diferencias entre modelos encontrados son examinadas con entusiasmo. No obstante, un desafortunado producto derivado del pluralismo es la tendencia, en algunos círculos, a replegarse en la ortodoxia, a partir de la percepción de una necesidad de apuntalar las fronteras teóricas y de esa forma diferenciar una teoría de otra. Esta precipitación hacia la certeza puede bloquear una muy necesaria apertura hacia otros puntos de vista.

La necesidad de demostrar cómo una teoría difiere de otra no tiene que llevar a la obturación de un pensamiento psicoanalítico creativo. La comparación y el contraste pueden expandir las fronteras de la teoría. Sin embargo, cuando el diálogo es percibido

como una amenaza a la inviolabilidad de un edificio teórico, el resultado puede ser una polarización "nosotros-ellos". La noción psicoanalítica central de la complementariedad se pierde frente a la insistencia de que una perspectiva es correcta en un sentido absoluto. Las polarizaciones pueden darse a lo largo de ciertas líneas de quiebre, tales como conflicto vs. déficit, profundidad vs. superficie, edípico vs. pre-edípico, trauma real vs. trauma endógeno, o lo intersíquico vs. lo intrapsíquico. Deberíamos prestar atención a las sabias palabras de Schafer (2005): "El análisis en su contexto desafía al pensamiento dicotómico... Estamos obligados a seguir y seguir analizando transferencias y contratransferencias entrelazadas y multifacéticas, todas ellas expresadas o sugeridas a través de fantasías, y actuaciones (*enactments*), algunas de ellas típicas y esperables y algunas sorprendentes" (pp.771-772).

La delineación de límites nos pone en riesgo de perder de vista el hecho de que el pensamiento psicoanalítico genuino es fundamentalmente no reduccionista. Aunque esta idea probablemente contaría con una aprobación universal entre los psicoanalistas, hay casi siempre un empuje dentro del discurso psicoanalítico hacia un pensamiento del tipo "nada más que" (Schafer 1970), por ejemplo, una tendencia a reducir fenómenos mentales complejos a "nada más que" un único determinante. En otras palabras, un síntoma, tal como la incapacidad de terminar una tesis, es claramente una manifestación de la angustia de castración. Hartman (1951), Schafer (1970), y otros han señalado que esta forma de interpretación no toma en cuenta la autonomía, la función múltiple, el cambio de función, y la múltiple apelación de las interpretaciones a todos los sistemas psíquicos. Como indican los filósofos Freigl y Brodbeck (1953), el psicoanálisis no es una ciencia del "nada más que", sino más bien una ciencia del "algo más" (Schlesinger 2003). El análisis debería expandir nuestra comprensión, no reducirla.

Sobredeterminación

A la luz de estas tendencias desconcertantes dentro del psicoanálisis, parece ser un buen momento, poco después del aniversario 150 del nacimiento de Freud, para visitar su noción fundamental de la sobredeterminación y para reafirmar su papel crucial dentro de la teoría y la técnica psicoanalíticas. El término puede encontrarse en Estudios sobre la histeria (Breuer y Freud 1893-1895), donde Strachey comenta en una nota al pie que la palabra alemana usada en este contexto por Breuer era "überdeterminiert". Para ilustrar el sentido del término, Breuer informa del caso de una muchacha de 17 años que sufrió su primer ataque histérico después de que un gato le saltara encima desde atrás y cayera en su hombro. Mientras que las personas que se hallaban a su alrededor, e incluso la muchacha misma, habían considerado que el gato había sido la causa del ataque de histeria, Breuer subrayaba que había una historia de ataques sexuales, cuya memoria había sido *disparada* por el ataque del gato.

En defensa de su trabajo sobre la neurosis de angustia en 1895, Freud ofreció una definición simple del término: "Por regla general, las neurosis están *sobredeterminadas*, o sea que en su etiología se conjugan varios factores" (Amorrortu, III, p.131). En un pasaje sobre la histeria, Breuer (1893-1895) anota: "Como en este, en todos los casos es preciso que cooperen varios factores para que en una persona hasta ese momento sana se forme un síntoma histérico; este último, según la expresión de Freud, es siempre 'sobredeterminado'" (Amorrortu, II, p.223).

Aunque Freud generalmente usó el término para describir los síntomas histéricos, rápidamente expandió el concepto. Sólo tres años después, hablando sobre la represión (1898), insistió en que cada producto psíquico estaba sobredeterminado. El término alcanza su plenitud en el épico trabajo de Freud sobre los sueños (1900), donde plantea que la sobredeterminación tiene un papel central en el trabajo del sueño. La idea de la sobredeterminación fue sistemáticamente defendida por Freud a lo largo de su vida. Aparece incluso en Moisés y el monoteísmo (1939), escrito cerca

del final de sus días, donde Freud afirma que en el caso de Moisés, cada acontecimiento parecía emerger de causas convergentes. Strachey señala en una nota al pie que Freud nunca abandonó el concepto de la sobredeterminación.

Este concepto psicoanalítico central ha sido ampliamente aceptado. Ha sido transformado en ideas de múltiples narrativas en el arte, la literatura y el cine. El dramaturgo Tom Stoppard (1999), por ejemplo, anota que: "La pregunta [¿Qué significa esto?] no tiene una respuesta correcta. Cada narrativa tiene por lo menos la capacidad de sugerir una meta-narrativa" (p.8). No obstante, la visión de Freud es frecuentemente mal comprendida por aquellos que escriben desde una perspectiva ajena al psicoanálisis. Como si estuviera anticipando futuras argumentaciones en su contra, Freud específicamente evitó el reduccionismo en Tótem y tabú (1913), donde afirmaba que no había ningún riesgo de que el psicoanálisis intentara reducir un fenómeno tan complejo como la religión a una fuente única.

Una discusión seria a propósito de la sobredeterminación, de todas formas, nos conduce a las turbias aguas de la distinción entre causa, motivo y significado. Ricoeur (1977) observó que Freud desdibujó la distinción entre motivo y causa cuando intentó identificar los factores causales relevantes que entraban en juego. Más aún, Rubovits-Seitz (1998) indica que uno no puede separar motivos de significados, dado que mucho de aquello a lo que nos referimos como significado es comprendido en términos de motivos. Una serie de autores (Friedman 1995, Sherwood 1969, Ault 1972, Meissner 2005) han llamado la atención sobre la lucha de Freud por decidir si el hombre era una criatura influida por fuerzas naturales que adherían a los principios de la causalidad física o alguien movido por significados. Esta lucha se ve reflejada en su discusión del caso Dora (1905), donde primero afirmó que los motivos de la enfermedad no eran parte de la formación de síntomas y no estaban presentes al comienzo de la neurosis. Dieciocho años más tarde, había cambiado su perspectiva y agregó una nota al pie del texto (Amorrortu, VII, p.39) en la que decía que su visión sobre los motivos no podía mantenerse. Revisó su

perspectiva y señaló que los motivos de la enfermedad podían existir antes de que la enfermedad apareciera y eran en parte responsables de la misma.

La compleja visión freudiana sobre la interfase entre causa y significado también ha sido anotada por los críticos. Grünbaum (1984), por ejemplo, cuestiona a Freud por hacer inferencias causales no justificadas a partir de significados descubiertos en la situación clínica. Esta crítica, sin embargo, presenta una visión excesivamente simplificada del modelo conceptual freudiano. Shope (1973) señalaba que había por lo menos cuatro usos del concepto de significado en la obra de Freud: 1) la entidad a la que un fenómeno mental sustituye; 2) la intencionalidad de un fenómeno mental; 3) la relevancia de un fenómeno mental; 4) los motivos causales inconscientes detrás del fenómeno. Freud no veía al significado y a la causa como sinónimos; Shope (1973) insiste, de todas formas, en que sí incluía un entramado causal inconsciente al dar cuenta del significado.

Rubovits-Seitz (1998) está de acuerdo en que la crítica de Grünbaum tiende a dar una visión demasiado simplificada de la comprensión de Freud respecto de la causa y el significado. Hace la siguiente observación: “La teoría psicoanalítica concibe los significados latentes y los determinantes psíquicos como relacionados de manera inequívoca pero compleja, un punto de vista que se encuentra en consonancia con: 1) su concepto central de continuidad, es decir, que todos los aspectos del funcionamiento psíquico se hallan conectados; 2) su lógica no lineal de la realidad psíquica; y 3) los conceptos adicionales de que experiencias subsiguientes pueden influir sobre acontecimientos (mentales) más tempranos, que los significados pueden transformarse en causas, que las motivaciones funcionan como causas o bien como significados, y que los significados sugieren la naturaleza de sus determinantes” (p.187).

A modo de consideración práctica, la mayoría de los analistas que trabajan hoy reconocen las complejas interacciones entre la causación, el motivo y el significado. Verían con escepticismo un modelo de causación lineal, e incluso cuando un modelo así pueda

parecer aplicable, reconocerían que el significado siempre puede expandirse hasta el infinito. La interpretación de un síntoma en el psicoanálisis contemporáneo está menos orientada hacia la búsqueda de causas múltiples que hacia la comprensión de una compleja red de sentidos (Phillips 1987, Rubovits-Seitz 1998).

Friedman (1995) sugiere que conceptos como los de causa, motivo y significado no son tan dispares como algunos críticos han sugerido. Reconoce diferencias – por ejemplo que un sistema motivacional se basa en el *impulso (impetus)*, y que el fenómeno del impulso, como por ejemplo el deseo sexual, no es idéntico al del significado. No obstante, señala que aún si la teoría freudiana reposa sobre un fundamento explicativo motivacional, cuando está trabajando con un paciente individual, el analista trata de comprender junto con el paciente casi enteramente en términos de razones relativas a los significados concientes e inconcientes para el paciente.

En su comprensión de los asuntos del ser humano, el psicoanálisis se basa en el supuesto, nada a la moda, de la complejidad. Hoy nadamos contra una corriente de reduccionismo. La psicología de la evolución reduce el comportamiento humano a las nociones darwinianas de valor de supervivencia y aptitud. En la psiquiatría biológica, el reduccionismo genético reduce la naturaleza polimórfica de los síndromes psiquiátricos a la identificación de genes, a la ubicación del lugar en el cerebro responsable de una tal condición, o al descubrimiento de algún neurotransmisor anormal. La idea de que un comportamiento complejo puede ser reducido a verdades simples es enormemente atractiva, especialmente en tiempos en los que estamos enamorados de los diagnósticos de alta tecnología y las soluciones farmacológicas de “rápido efecto”.

Es demasiado fácil, sin embargo, ubicar a las fuerzas que hacen peligrar a la sobredeterminación y a la complejidad fuera de nuestro campo. Los analistas nos vemos intimidados por la complejidad de la situación clínica. Nos aferramos a nuestros modelos teóricos favoritos como un naufrago se aferra a los restos de su bote. Anhelamos verdades universales que puedan imponerse

a nuestros datos. Cuando un distinguido psicoanalista como Rangell (1991) afirma que: "Nunca he dejado de observar en la situación clínica que el terror y el horror son angustia de castración, y ningún otro tipo de respuesta de angustia" (p.8); su certeza tiene un efecto reasegurador. Enfrentado al horror del encuentro con formas primigenias de terror en el paciente, el analista puede interpretar con convicción sobre los orígenes de ese terror. Es más, a lo largo de la historia del psicoanálisis, ha habido una tendencia a reducir la fuente de algo confuso y atemorizante a un único determinante. Esta tendencia se manifiesta en una forma particular de lenguaje – "Lo que usted *realmente* teme es...", o "Lo que subyace a este caos es *en realidad* un deseo muy simple".

Incluso el propio Freud (1937) parecía aliviado al proclamar que se había alcanzado la roca de base con una paciente cuando se encontraba finalmente la envidia del pene y con un paciente al dejar al desnudo la protesta masculina o la angustia de castración. Francamente, no creo que el término "roca de base" (Amorrortu, XXIII, p.253) sea de utilidad clínica o heurística dentro del discurso psicoanalítico. Sería más útil, desde mi punto de vista, que los analistas asumieran que cuando creen que han alcanzado algún tipo de roca de base, han encontrado en realidad algún tipo de combinación de los límites de un edificio teórico, alguna forma de impasse clínico, y una aversión contratransferencial a una mayor elaboración. Escuchemos las palabras de Freud al describir su frustración: "En ningún momento del trabajo analítico se padece más bajo el sentimiento opresivo de un empeño que se repite infructuosamente, bajo la sospecha de "predicar en el vacío", que cuando se quiere mover a las mujeres a resignar su deseo del pene por irrealizable..." (Amorrortu, XXIII, p.253). Uno puede imaginar que la concepción de Freud acerca de lo que una mujer debe hacer probablemente activaba intensas protestas concientes y/o inconcientes en las pacientes mujeres. Cuando uno se tropieza con esta aparente roca de base, es probablemente más útil verlo como un impasse que posiblemente refleje un "piso falso" en nuestra conceptualización y continuar escuchando los múltiples sentidos y funciones inherentes a las asociaciones del paciente y

observar las actuaciones (*enactments*) que se dan entre paciente y analista.

No podemos ignorar la forma en que este pasaje implica la ambivalencia de Freud en relación con su apoyo al concepto de sobredeterminación. Es más, como todos nosotros, Freud era llevado a un pensamiento reduccionista en esos momentos en que no lograba avanzar más en su pensamiento. Un estudio cuidadoso de su trabajo revela una tensión dialéctica recurrente entre el reduccionismo y la sobredeterminación. La teoría dual de las pulsiones puede ser vista como una forma de pensamiento reduccionista.

Muchos pacientes también prefieren explicaciones sencillas y directas que iluminen su sufrimiento. Un paciente vino una vez a mí para un segundo análisis y me dijo que su primer análisis le había resultado bastante útil: "Aprendí", me explicaba, "que odiaba a mi padre, y me sentí mucho mejor después de eso". También nosotros podemos encontrar más fácil, y ciertamente menos confuso, evitar el "espacio infinito" de la causalidad y el significado complejos que convergen en formas que resultan difíciles de comprender. Podemos sentirnos poco satisfechos al transmitir estos modos multi-determinados de comprensión a nuestros pacientes. Freud (1913) una vez señaló que la sobredeterminación "perjudica la elegancia de la interpretación" (Amorrortu XII, p.285, nota 1). La vida tiende a ser más confusa de lo que nuestros escritos analíticos reflejan. De todas formas, Britton (2005) indica que tanto el público en general como los propios analistas pueden demandar certeza y coherencia.

Los analistas podemos entonces encontrarnos encerrados en una cáscara de nuez de teoría que restringe nuestra visión del paciente. Muchos de nosotros podemos preferir un cierre prematuro a la alternativa de la incertidumbre. Nos puede resultar difícil tolerar la ansiedad contratransferencial de no saber (Faimberg 2005), cuando nos encontramos perdidos en un mar de asociaciones, antecedentes históricos, fragmentos de recuerdo, y transferencias. Un psicoanálisis conducido por la teoría brinda una ilusión de dominio que mucho valoramos. Los analistas a

menudo nos vemos investidos narcisísticamente en un paradigma de comprensión específico (Rothstein 1980) que creemos que nos brindará respuestas a nuestra confusión en el medio del caos que confrontamos en un encuentro analítico difícil. Hace medio siglo, Wheelis (1956) hizo la siguiente observación: “Los psicoanalistas a menudo describen a uno u otro de sus colegas como rígido, dogmático, y autoritario; pero jamás un analista se describe a sí mismo de esta forma. La inferencia inevitable es que algunos de nosotros hemos encontrado refugio en el dogma sin saber que lo hemos hecho” (p.171).

La propia literatura psicoanalítica podría actuar en contra del volver operativos el principio de sobredeterminación y la plena valoración de la complejidad en el trabajo clínico. En mi rol de editor del *Journal*¹, he llegado a la conclusión de que los autores analíticos escriben para una audiencia invisible específica cuando componen sus textos en la pantalla de la computadora. Desean establecer de la manera más convincente posible que conceptualizar los datos clínicos desde su perspectiva preferida tiene más valor que hacerlo desde otras perspectivas. En pos de una argumentación persuasiva, presentan una versión del trabajo psicoanalítico que, si no enteramente ficticia, es como mínimo más elegante que la versión de la vida real en las trincheras del consultorio. Estos mismos autores deben enfrentar las limitaciones de espacio establecidas por los editores de la publicación a los que presentan sus manuscritos. Por lo tanto deben plantear su premisa y presentar material clínico que apoye esa premisa en un número relativamente limitado de páginas que pueda ser fácilmente digerido por el lector típico de la publicación. El formato mismo de nuestra publicación puede entonces estimular cierto tipo de reduccionismo.

1. Nota del traductor: se refiere al “*International Journal of Psychoanalysis*”, publicación oficial de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Implicancias para la Técnica

Dado que tanto los analistas como sus pacientes pueden inconcientemente colaborar en la búsqueda de explicaciones directas y simplistas, ¿qué puede hacer el analista para preservar un ambiente que se mantenga abierto a la naturaleza sobredeterminada de los fenómenos clínicos? Hasta el momento he venido combinando dos temas que están relacionados pero que no son la misma cosa: 1) el no reconocimiento de las múltiples causas y significados, y 2) los peligros de que nuestro enfoque sea el resultado de una orientación teórica limitada.

Una idea central vincula estos dos conceptos – concretamente, que la teoría es una metáfora. Nuestras teorías son intentos por capturar la manera en que se dan las transformaciones psicológicas. En tanto las teorías psicoanalíticas son metáforas, deben sufrir el destino de todas las metáforas: en algún momento se derrumban. Desde esta perspectiva, la sobredeterminación es un comentario sobre la teoría analítica misma. En pocas palabras, quiere decir que cada metáfora sobre lo que sucede psicológicamente eventualmente se derrumba. Una interpretación es una metáfora que se derrumba incluso en el propio momento en que es puesta en palabras. Además, los analistas pueden aferrarse a interpretaciones dogmáticas por el temor de que su conjunto de metáforas tenga limitaciones.

La teoría en sí misma no es el problema. Es una herramienta esencial para el analista. Sin teoría no podemos analizar. Incluso en el ámbito de una teoría individual, hay suficiente espacio como para tener en cuenta la sobredeterminación. Lo que quiero enfatizar es que se requiere una relación particular con la teoría. La teoría debe ser vista como un pasajero en el viaje que realizamos con el paciente y no como el conductor del vehículo. Podemos mantener una conversación interna con este pasajero cuando nos sentamos con nuestros pacientes. De esta conversación emergen ideas que se basan en esta teoría, pero debemos ver esas ideas solamente como un lente que es parte de una variedad de lentes a través de los cuales podemos ver el material. Como ha subrayado Waddell

(2005), la teoría puede interferir con la observación. El punto acá no es que uno deba abrazarse a cada una de las perspectivas teóricas más importantes, sino lo que Joseph Sandler (1990) subrayaba en sus escritos – el valor que tiene “tolerar distintas teorías en nuestra mente y tratar de comprenderlas para permitir que las teorías interactúen entre sí, y que puedan llevar a desarrollos teóricos clínicamente útiles” (p. 862).

Inherente al rol del psicoanalista, es un cierto grado de escepticismo sobre nuestras formulaciones fáciles y simples y sobre la teoría del paciente sobre su patogénesis. Los analistas siempre debemos dudar. De ahí que nuestro diálogo interno con la teoría debe desarrollarse en el entendido de que la teoría puede ajustarse al material clínico, o no. En sus Seminarios Italianos, Bion (2005) enfatiza que la teoría nunca debe tener privilegio sobre la observación clínica directa. Los pacientes, después de todo, no vienen al análisis porque sufren de una cierta teoría:

“Podríamos decir que hay un colaborador que tenemos en análisis en el que podemos confiar, porque se comporta como si realmente tuviera una mente y porque piensa que alguien que no es él mismo puede ayudar. En pocas palabras, el apoyo más importante que un psicoanalista jamás recibirá no provendrá de su propio analista, o supervisor, o docente, o de los libros que pueda leer, sino de su paciente. El paciente – y sólo el paciente – sabe lo que se siente ser él mismo o ella misma” (p. 3).

De esta forma Bion exhorta al analista a atreverse a sentir y pensar todo que se le aparezca en su conciencia más allá de la consideración de si esos sentimientos o pensamientos están de acuerdo con sus teorías preferidas o las de otros. Este enfoque es similar al de Chodorow (1999) cuando describe una escucha simple (*to*) en vez de una escucha para (*for*)². El modo en el que el analista está con el paciente debe evitar un cierre prematuro. Tanto

2. Nota del traductor: el uso de la preposición *for* en inglés sugiere una escucha a la búsqueda de algo, algo específico quizás.

Winnicott (1971) como Balint (1968) advierten al analista sobre los riesgos de saber demasiado o de apresurarse a ofrecer una interpretación "correcta" para llevar algo de orden a la experiencia del paciente. Este tipo de manejo puede aplastar la necesidad emergente del paciente de encontrar su propia forma de comprender la experiencia interna.

Ogden (2004) hace un señalamiento similar en forma sucinta: "El analista...debe poseer la capacidad de reverie, es decir, la capacidad de sostener por un largo período un estado psicológico de receptividad hacia los sueños no soñados e interrumpidos que son vividos en la transferencia-contratransferencia" (p. 862). En otras palabras, la idea de que la tintura del tiempo es un ingrediente crucial en el enfoque del analista es de la mayor importancia para la técnica. La multiplicidad de funciones y significados solamente emergerá si se crea el "tiempo analítico" para los mismos, un sentimiento de que paciente y analista tienen todo el tiempo del mundo. El analista debe contentarse con sostener la complejidad de la situación y sentarse con ella a pesar de la incomodidad producida en ambas partes. Los analistas deben vivir con lo que su paciente experimenta en todas sus ramificaciones, sus ecos del desarrollo, y sus funciones como manifestaciones de la transferencia-contratransferencia (Ogden, 2005). Este proceso implica tanto usar la teoría de forma constructiva como desaprender lo que uno sabe sobre la teoría y puede llevarlo por mal camino. El resultado es la creación de una atmósfera donde la sorpresa es posible.

Siguiendo la pista del estado afectivo del paciente y nuestras propias respuestas emocionales sin explicar en forma inmediata los sentimientos, uno puede facilitar un sentido de libertad de las ataduras de la teoría. Como lo señalaba Bion (2005): "Creo que lo que un paciente siente es la cosa más cercana a un hecho – como lo entiendo en general– que tendrá alguna vez la posibilidad de experimentar" (p. 7).

Los pacientes cursan su análisis de la forma en precisamente tienen que hacerlo (Gabbard, 2000). Podemos imponer nuestras expectativas de una fase inicial, una fase intermedia y una fase de

terminación. Podemos imponer a nuestros pacientes los conceptos de rivalidad edípica, posición depresiva, transferencias de self-objeto, o apegos inseguros, pero para nuestra mayor suerte, los pacientes encuentran formas para expresarse fuera de estas expectativas orientadas por la teoría. Los analistas les debemos a nuestros pacientes el dejar la teoría para más tarde en nuestra mente analítica, para que los pacientes puedan reinventar el psicoanálisis cada vez que vienen a nuestro consultorio, y para que podamos compartir esa reinención en el lugar de co-inventores (Ogden, 2005).

Cuando Freud conceptualizó la sobredeterminación, pensaba en términos de una psicología intrapersonal. En este segundo siglo del psicoanálisis, nos vemos inclinados a pensar que el psicoanálisis comprende tanto una psicología intrapersonal como una interpersonal. De ahí que otro principio de la técnica sea el reconocimiento de que un determinante de las fantasías, transferencias, resistencias y conductas sintomáticas puede implicar a las actuaciones (*enactments*), los sesgos propios, y los modos de intervención del analista en el curso de la hora. El trabajo de Gill (1987), Hoffman (1992), Mitchell (1997), y Greenberg (1995), para nombrar solamente a unos pocos, enfatiza el impacto continuo de la conducta real del analista sobre el paciente. La exploración de ese impacto es otra piedra angular de la técnica. Un componente fundamental de esta exploración implica una investigación sistemática de la manera en que la subjetividad/contratransferencia del analista puede estar influyendo sobre lo que el paciente dice o hace de una forma en particular. Los pacientes sienten a menudo que deben o bien cumplir o bien rebelarse contra lo que el analista espera de ellos, lo que también implica a la teoría del analista.

El analista debe escuchar de una forma activa que permita al paciente sentirse comprendido sin todavía ubicar el material del paciente en una fórmula metapsicológica predeterminada. Este modo de escucha activa se acerca a lo que Poland (2000) describió como ser testigo. Enfatiza la necesidad de respetar los significados del paciente mientras que simultáneamente se sostengan múltiples

puntos de vista. Reconoce la paradoja de la íntima conexión entre la autodefinición y la preocupación por el otro e identifica tres perspectivas relacionales en la díada analítica: "una se dirige a una psicología intrapsíquica intrapersonal; la segunda mira a las psicologías interpersonales basadas en la interacción de sujetos distintos; la tercera considera la interacción emocional como el producto de una díada unificada singular" (p.30).

Otra manera de realzar la capacidad del paciente para apreciar los múltiples factores causales es la forma en la que usamos la interpretación. Los analistas debemos ser cautelosos para no obturar otras posibilidades al sugerir que hemos dado con una roca de base. Si, por ejemplo, es analista dice: "La razón fundamental de su angustia frente al éxito es...", o "Lo más importante de todo esto es...", o "Todas sus preocupaciones se resumen a...", el paciente parará la oreja como si una verdad oracular le estuviera siendo revelada. La propia elección de las palabras en tales pronunciamientos apesta a reduccionismo y a teoría unicausal. Schafer (2005) dice que los analizandos con frecuencia escuchan ese tipo de interpretaciones como una señal de que el analista está insatisfecho con la narrativa que han construido. Puede entonces haber un elemento de coerción percibido por el paciente, que puede sentir que debería estar diciendo otra cosa. Schlesinger (2003) indica que: "la forma general adecuada de una interpretación no es 'lo que usted *realmente* quiere decir es...' sino más bien: 'usted también puede querer decir...'" (p. 16). De forma similar, las interpretaciones del analista deben invitar a la posibilidad de otras meta-narrativas distintas de aquella a la que apunta el analista. Podríamos decir, por ejemplo, que: "Además de su comprensión (*insight*) de que usted teme la ira de su padre ante su éxito, me pregunto si no lo preocupa también que usted pueda menoscabar a su padre con su éxito". Al hablar de esta manera, el analista, en forma simultánea, expande la comprensión del paciente sobre los determinantes y también prepara el terreno para que el paciente asocie con otros más. Cultivamos en el paciente una actitud de apertura a que otros sentidos existen además de cualquier sentido que el paciente le

haya atribuido a un fenómeno. El trabajo nunca está hecho. Uno termina el análisis, pero no deja de analizar.

La tarea implica un desafío no solamente por nuestro deseo de simplificar. La contratransferencia del analista con cada paciente se ve influida por una multiplicidad de factores que agregan aún más complejidad al cuadro clínico. Cada vez que los analistas ponen el pie en sus consultorios, cargan consigo lealtades a sus supervisores, sus docentes, los autores, y a las propias teorías (Smith 2001). Estamos indisolublemente unidos a una serie de identificaciones sostenidas de forma ambivalente con aquellos que llegaron antes que nosotros. Por mucho que nos esforcemos, no podemos dejar esto en la puerta cuando analizamos. Aunque estamos totalmente a favor de la libertad de pensamiento en el analista, esto es mucho pedir en el trabajo analítico, y lo mejor que podemos esperar es mantener estas diversas conexiones y lealtades dentro del reino conciente de nuestra atención libremente flotante. No todas las interpretaciones son igualmente válidas, por supuesto, y en última instancia algunos temas y significados son más imperiosos para el paciente que otros. A su modo, los pacientes nos supervisan al dejarnos saber qué interpretaciones pueden ser descartadas y cuáles pueden ser retenidas.

Un ejemplo clínico ilustrará algunos de los desafíos que encontramos al reservar un espacio analítico para que emerja la naturaleza sobredeterminada de los fenómenos clínicos. En este caso, el análisis de una actuación (*enactment*) simple – la llegada tarde a cada sesión analítica – fue revelando múltiples determinantes y múltiples sentidos. Como ya quedó dicho, estos fragmentos de un análisis son necesariamente telegráficos e incompletos con el fin de ajustarse al limitado espacio que imponen los editores.

El caso de Marie

Marie era una mujer divorciada de casi 40 años cuando comenzó su análisis conmigo cinco veces por semana. La razón

por la que consultó implicaba una serie de relaciones insatisfactorias con hombres que la dejaban sintiéndose usada y sin valor, lo que contribuía a un sentido crónico de pérdida y tristeza. Ella vinculaba esas relaciones con su odio por su padre, que le decía que ningún hombre jamás la aguantaría. Sin embargo, era una profesional respetada, que era competente en su trabajo, y sentía que engañaba a todo el mundo mostrándose más indemne y en una posición económica mejor que su realidad.

Desde el primer mes del análisis, Marie comenzó una intensa relación con un hombre que era una generación mayor que ella y amigo cercano de su padre. En el momento en que esta relación comenzó, Marie se instaló en un patrón de llegadas tarde de entre 5 y 15 minutos en cada sesión. La paciente se enfrentaba a los intentos de explorar el sentido de sus llegadas tarde con una rápida y sencilla fórmula: "Siempre he llegado tarde a todos lados. Me gusta hacer las cosas en mis tiempos – no en los tiempos de otros. No hay nada más que eso". La paciente tenía su propia explicación reduccionista preexistente.

En los primeros meses de su análisis, la paciente se encontró con mi esposa en una reunión social. La sesión siguiente, a la que llegó cerca de 20 minutos tarde, estuvo llena de comentarios de mucho odio hacia sí misma. Sentía que era imposible competir con alguien como mi esposa, y pasó a hacer un recuento de muchas experiencias horribles que había tenido con hombres, todas las cuales reflejaban que no podía encontrar un hombre bueno que la aceptara.

Al día siguiente vino a la sesión y contó un sueño en el que estaba haciendo el amor con el amigo de su padre y era interrumpida por el timbre de calle. Al abrir la puerta, una mujer grande y enojada le disparaba en la cabeza. En sus asociaciones, pensó en cuánta rabia sentiría su madre cuando ella tuviera una relación exitosa con un hombre. Entonces pasó a decir: "Me siento tan angustiada por venir a estas sesiones porque siento que su esposa estaría celosa si supiera qué siento yo por usted". Le dije que quizás llegaba tarde para minar el trabajo analítico y de esa forma evitar la ira de otra mujer que sentiría mucha rabia por una

relación exitosa. En respuesta a mi interpretación, me contó como una vez en forma descuidada había dejado caer una cámara de fotos nueva y costosa en un lago. Su padre le había regalado la cámara pero ella sentía que su hermana se pondría muy celosa si ella y su padre disfrutaban juntos de un pasatiempo especial. En este punto del análisis, estaba bastante seguro de lo que estaba pasando. La paciente había comenzado el análisis involucrándose con un hombre cercano a su padre, mientras que al mismo tiempo llegaba tarde al análisis. Temía que esta relación evocara rabia en su madre. De la misma forma, al llegar tarde e intentar derrotar al proceso analítico, evitaba un triunfo edípico en la transferencia que enojaría a mi esposa. Su vida era una serie de constantes triángulos edípicos que involucraban a rivales femeninas formidables. Yo estaba desconcertantemente complacido.

Un Año, Nueve Meses

A pesar de mi teóricamente sólida interpretación de la configuración edípica, las llegadas tarde de la paciente continuaron. Era claro que ella no había quedado impresionada por mi certeza. Luego de alrededor de un año y nueve meses, la paciente llegó 15 minutos tarde y empezó con una asociación. Dijo que se estaba duchando antes de venir al análisis y tuvo un fuerte sentimiento de que era nuevamente una adolescente atrapada en la ducha con su padre, quien periódicamente entraba y le lavaba el pelo con champú de una forma violenta y sádica, insistiéndole todo el tiempo en que él debía estar seguro de que su pelo estuviera limpio. Dijo que cuando entró en el consultorio, tuvo el sentimiento muy fuerte de que estaba siendo atrapada en el diván conmigo de la misma manera en que estaba atrapada con su padre en la ducha.

Después me contó un sueño: estaba al borde de un acantilado mirando hacia un abismo, y un perro salvaje trataba de trepar rápidamente el acantilado. El perro salvaje finalmente alcanzaba la cima del acantilado, y Marie lo pateaba nuevamente hacia abajo. Le pregunté por sus asociaciones, y dijo que el sueño describía la

forma en que se sentía respecto a sí misma, que sentía una rabia intensa que tenía que estar constantemente aguantando para que no saltara a la superficie. La alenté a que no se detuviera con esa imperiosa asociación, sino que viera que más se le venía a la mente.

Marie me contó entonces que otro hombre con el que se había involucrado era parcialmente impotente, y que, en realidad, ella disfrutaba de su problema sexual y no le interesaba que lo superara. Me dijo que ella sentía aversión por el sexo oral porque a menudo sentía un impulso por morder el pene del hombre. Dolorosamente reconoció que una parte de ella sentía el deseo de castrar a los hombres de una forma hostil como una especie de venganza por los agravios que había experimentado provenientes de su padre en el pasado. Dijo entonces que sabía que me molestaba el hecho de que ella siempre llegara tarde, pero que pensaba que me estaba protegiendo del perro salvaje que había en su interior. Entonces otro estrato de sentido emergía de un análisis posterior de sus llegadas tarde. Ella no solamente evitaba la ira de una rival edípica al llegar tarde, sino que también me estaba protegiendo de su lado salvaje y agresivo que podía destruirme si se encontraba totalmente liberado en una hora de 50 minutos.

Tres Años, Dos Meses

Cerca de dos años más tarde, la paciente no había logrado encontrar una relación satisfactoria con un hombre. Había dejado recientemente con su novio cuando descubrió que ella usaba un vibrador. Me dijo que prefería masturbarse con un vibrador en vez de tener relaciones sexuales con su novio porque ella estaba totalmente al cargo de la situación cuando estaba con el vibrador. Pasó a decirme que estaba leyendo un libro sobre fantasías masturbatorias en el que las fantasías más excitantes para ella eran las de tener sexo con máquinas, donde ella tenía el control absoluto. Una fantasía en particular incluía atar a un hombre y obligarlo a someterse a ella. Le comenté que en la relación analítica parecía que yo me encontraba en una posición algo sumisa en relación

con ella porque yo tenía que esperar cada día a que ella llegara para entonces empezar. Se rió y dijo: “Yo mantengo el control porque yo soy siempre la que determino el comienzo de la sesión. Me encanta tenerlo pensando si voy a venir o no – o por lo menos *cuándo* voy a llegar”. Pasó a decir que jugaba a la “difícil de agarrar” conmigo como con otros hombres porque creía que una vez que cediera sexualmente, perdería al hombre y él ya no tendría ningún otro interés en ella. Le señalé que, en forma similar, no quería ser penetrada por mí sino que prefería frustrarme llegando tarde y teniendo una sesión parcial. Su respuesta fue: “Si yo lo frustró, va a seguir persiguiéndome para ver si me puede tener bajo su control”. Dijo enseguida que tenía la fantasía de que yo tratara de moldearla si ella colaboraba conmigo. Trabajar analíticamente conmigo sería una forma de someterse a mí. Dijo: “Sé que lo estoy frustrando, pero también me estoy asegurando de que me siga persiguiendo”. Pensé en cómo de hecho yo la *estaba* persiguiendo. Estaba intentando analizar sus llegadas tarde con un celo que sugería que yo estaba altamente interesado en hacerla llegar en hora a la sesión. En cierto sentido, entonces, yo estaba actuando su fantasía de que la perseguiría si se resistía a cumplir con mis expectativas.

A medida que pensaba sobre esta obra que los dos poníamos en escena, recordé un trabajo de Fairbairn (1940), en el que sugería que es demasiado peligroso liberar el amor sobre nuestros objetos. Marie había hecho lo necesario para escapar de mi amor mientras me protegía de su propio amor. Le dije: “Debe estar muy preocupada de que yo pierda interés y usted me pierda por completo si cede y pasa los 50 minutos conmigo cada vez”. Este comentario fue seguido por un largo silencio. Marie entonces comentó, mientras ahogaba las lágrimas: “No quiero necesitarlo demasiado. Me vuelvo vulnerable. Tengo miedo de que mi necesidad sea tan intensa, que yo lo consuma por completo y lo abrume. No sé si me puede tolerar. Podría retroceder horrorizado si viera cuán necesitada me siento”.

Marie me estaba diciendo que sus llegadas tarde tenían aún más determinantes. Evitaba encontrarse en una posición sumisa

en la que yo la controlara haciéndome esperar con la fantasía de ser ella quien tenía el control en la relación. Podía controlarme y someterme. Más aún, tenía terror de necesitarme demasiado si se permitía estar los 50 minutos en el diván. Imaginaba que desataría una voracidad que me devoraría y me dejaría como una cáscara vacía. Este nuevo nivel de significación me llevó a un movimiento en la técnica – me concentré cada vez más en los miedos que subyacían a sus propios deseos, que en su deseo agresivo de controlarme.

Final

La paciente pasó el último año y medio de su análisis en una relación bastante saludable con un hombre que era paciente con ella y podía tolerar su necesidad de estar probando la relación constantemente. Como fue experimentando sentimientos de pérdida en relación conmigo y con el análisis a medida que el final del análisis se acercaba, recurrió a una metáfora sexual para transmitir la forma en la que sentía que me había permitido penetrarla tal como había dejado que su nuevo novio la penetrara. También se sintió profundamente preocupada de que yo resintiera su éxito y la odiara por ese éxito como lo había hecho su madre. Recordó que cuando invitó a su madre a la ceremonia de su graduación, su madre respondió: "Claro, voy a ir a tirar piedras". Pensó que quizás otra razón para llegar tarde anteriormente en el análisis podía ser el evitar los ataques envidiosos que podían provenir de mí ante su éxito.

Discusión

En estos fragmentos de un análisis de 6 años que he hilvanado, he tratado de demostrar en forma algo esquemática la forma en que múltiples determinantes pueden emerger al ir analizando un síntoma específico o una actuación en el curso de un proceso

analítico. La reducción del significado del síntoma a una sola causa sería, en el mejor de los casos, una comprensión parcial del síntoma. Por otra parte, mi capacidad para sostener diferentes formulaciones teóricas permitió una mayor comprensión de los distintos sentidos de su llegar tarde.

Entre los determinantes significativos de su impuntualidad estaban los siguientes:

1. Evitación del triunfo edípico en el que ella me tenía sólo para ella y así enojaba a una rival que podía llegar a actuar retaliativamente

2. Un intento por protegerme de la ira sin frenos que sentía en su interior y que derivaba de su enojo con su padre por la forma sádica en que la había tratado. Al asimilar el análisis con el estar atrapada en la ducha, proyectaba esa agresión sádica sobre mí también. Yo me había convertido en el objeto persecutorio que su padre había sido, por lo que ella tenía que evitar tanto mi agresión como la suya propia.

3. Simultáneamente actuaba una fantasía en la que yo me encontraba bajo su control omnipotente dado que yo tenía que esperarla cada día para empezar la sesión. Me convertí en la figura sometida para no sentirse ella sometida por mí. Sentía fuertemente que me mantendría involucrado si jugaba a la "difícil de agarrar" y me forzaba así a perseguirla. Visto en retrospectiva, mi frustración contratransferencial con sus llegadas tarde me convirtió en un blanco ideal para su control omnipotente proyectivamente desmentido. Yo efectivamente deseaba analizar sus llegadas tarde para que cesaran. Sin duda le transmití ese celo por cambiar su conducta, convenciéndola de esa forma de que ella estaba logrando hacerme perseguirla. Esta "danza" de transferencia-contratransferencia refleja cómo una psicología interpersonal puede servir para entender la manera en que una conducta en particular está co-determinada por el analista y el paciente.

4. Su convicción de que su amor era tóxico la llevaba a llegar tarde para evitar destruirme con su condición de necesitada. Una apertura a la ideas de Fairbairn me permitió formular lo que estaba sucediendo de una forma que facilitó mi capacidad para pensar

sobre lo que ocurría en la relación analítica.

5. Finalmente, la paciente pudo reconocer que sus llegadas tarde crónicas estaban relacionadas con una transferencia materna-concretamente, se estaba protegiendo de la madre que resentiría su éxito y la atacaría envidiosamente por él.

El caso de Marie ilustra un importante corolario del principio de sobredeterminación. La comprensión de nuevos significados y nuevos determinantes lleva a un cambio en la dirección del tratamiento. Una comprensión parcial puede ser expandida a una más completa, más profunda y puede seguirse una dirección inesperada en el abordaje técnico. En relación con esto, la sobredeterminación no solamente se define por sentidos paralelos, sino por jerarquías y ramificaciones del significado que contienen una verdad psíquica más minuciosa del paciente.

Conclusión

Los analistas deben vencer la tendencia a ser complacientes con las explicaciones simples, más allá de cuán convincentes puedan resultar. Ciertas fuerzas presentes en el campo de la salud mental nos empujan a realizar nuestro trabajo en forma más acelerada para que nuestras intervenciones puedan ser "efectivas en relación a su costo" (*cost-effective*). La facilidad para arribar a formulaciones prematuras se ve reforzada por estas corrientes presentes en nuestra cultura así como por nuestra natural urgencia por lograr un sentido de dominio sobre el caos que caracteriza a la condición humana. Por último, debemos evitar el canto de sirenas de la certeza teórica que lleva a una obturación de la escucha analítica antes de haber explorado a fondo los múltiples significados de las conductas y los síntomas del paciente.

La cita con la que abría este trabajo no está completa. Hamlet califica su condición de "rey del espacio infinito" con un pensamiento posterior: "si no fuera porque tengo malos sueños". Cuando pienso en lo incierto del futuro del psicoanálisis, también

tengo un mal sueño – que el pluralismo nos lleve a un repliegue hacia la ortodoxia para clarificar posiciones y nos reconduzca a una forma de reduccionismo y pensamiento de “roca de base”. Sin embargo, no todos los sueños son malos. Los propios sueños son una ventana hacia el principio de sobredeterminación y el “espacio infinito” del inconciente. Bion podría decir que un rey del espacio infinito necesita soñar nuevas metáforas que expandan nuestra comprensión en forma infinita. Shakespeare parecía anticipar a Bion a este respecto. Después de todo, en otra contribución del Bardo, Fondón (*Bottom*)³ despierta de un sueño y anuncia que “será llamado el sueño de Fondón porque no tenía fondo (*bottom*)”.

Resumen

El pluralismo es el sello que distingue al discurso psicoanalítico del siglo 21. Sin embargo, un desagradable producto derivado del pluralismo es la tendencia, en algunos círculos, a replegarse en la ortodoxia, a partir de la percepción de una necesidad de apuntalar las fronteras teóricas y de esa forma diferenciar una teoría de otra. La delineación de límites nos pone en riesgo de perder de vista el hecho de que el pensamiento psicoanalítico genuino es fundamentalmente no reduccionista. Más aún, la noción psicoanalítica central de la sobredeterminación, que Freud nunca abandonó a lo largo de su carrera, ha sido desatendida recientemente en la medida en que algunos autores sostienen en sus comunicaciones que un punto de vista es mejor que otro. Tanto los analistas como sus pacientes se ven secretamente llevados hacia formulaciones simples que soslayan la complejidad. La necesidad de permanecer abiertos al “espacio infinito” del sentido, la intención y la causa debería ser el sello que identifique a la práctica clínica psicoanalítica. Consideraremos las implicancias para la técnica, y un material clínico servirá para

3. Personaje del tejedor bajo del grupo de patanes en “Sueño de una noche de verano”.

ilustrar algunos de los desafíos inherentes al abordaje del trabajo psicoanalítico como un fenómeno complejo.

Referencias bibliográficas

- Balint, M. (1968). *The Basic Fault*. London, Ed. Tavistock.
- Bion, W. R. (2005). *The Italian Seminars*. London, Ed. Karnac.
- Breuer, J. and Freud, S. (1893-1895). Estudios sobre la histeria. *SE 2*, p. 1-305.
- Britton, R. *Uncertainty in Mental Life (in press)*. London, Ed. Karnac.
- Chodorow, N. (2003). From behind the couch: uncertainty and indeterminacy in psychoanalytic theory and practice. *Common Knowledge 9*:463-187.
- Faimberg, H. (2005). *The Telescoping of Generations: Listening to the Narcissistic Links between Generations*. London, Ed. Routledge.
- Fairbairn, W. D. (1940). Schizoid factors in the personality. In *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London, Ed. Routledge, 1952.
- Feigl, H. and Brodbeck, M, editors (1953). *Readings in the Philosophy of Science*. New York, Ed. Appleton-Century-Crofts.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. *SE 23*, p. 209-253.
- _____ (1913). Un sueño como pieza probatoria. *SE 12*, p. 269-277.
- _____ (1895). A propósito de las críticas a las "neurosis de angustia". *SE 3*, p. 121-140.
- _____ (1898). Sobre el mecanismo cíclico de la desmemoria. *SE 3*, p. 287-297.
- _____ (1900). La interpretación de los sueños. *SE 4*, p. 1-626.
- _____ (1901). Sobre el sueño. *SE 5*, p. 631-686.
- _____ (1905). Fragmento del análisis de un caso de histeria. *SE 7*, p. 3-122.

