

Analista y Paciente en mundos superpuestos*

Por Janine Puget y Leonardo Wender

Origen del trabajo

Hace algunos años, una crisis institucional conmovió al ambiente psicoanalítico argentino e invadió tanto nuestras vidas como nuestra tarea. La mayoría de los pacientes en su discurso manifiesto, y a veces de modo evacuativo, abundaban en hechos, datos y problemas que pertenecían a la realidad externa actual y a un mundo conocido por todos. Esta presencia constante, tanto en nuestros consultorios, en el encuadre, en la libre asociación, en la atención flotante, en la transferencia-contratransferencia como en el intercambio con colegas, nos pareció merecer un estudio especial. Llevó a plantearnos si algunas de las teorías que hasta ese momento nos habían sido útiles y abarcaban los hechos clínicos cotidianos, seguían bastando para conceptuar y para instrumentar las técnicas correspondientes en estas condiciones de excepción.

El período de crisis institucional al que aludimos fue alrededor de los años 1977/78 y abarcó la época de preescisión, escisión y postescisión de la Asociación Psicoanalítica Argentina (A.P.A.). Aquí consideramos el fenómeno exclusivamente como una situación observacional típica, dado que todos los psicoanalistas argentinos se podrán remitir a las propias experiencias al respecto. Los pares analista-paciente compartieron un medio y una problemática acerca de la cual ambos poseían informaciones y noticias de interés y trascendencia común. Los pacientes, candidatos, colegas o cuasi colegas, como los llamara David Liberman, se transformaron por momentos en informantes inevitables para el analista, activándole cuestiones personales. El atractivo que dichos comentarios despertaban no era precisamente para comprender en profundidad al paciente sino tan sólo para satisfacer una curiosidad personal. También el analizado sabía que el analista poseía datos que en un determinado momento tendrían eventualmente que explicitarse. Todo esto amenazaba desbaratar el plácido y artificial equilibrio del mundo del "como si" de cada análisis.

Decidimos investigar el fenómeno en nosotros, en nuestros pacientes, controles y colegas. Utilizamos para confrontación-testigo aquellos casos ajenos al ambiente. Observamos entonces que resultaba difícil delimitar con nitidez el campo analítico del campo de la realidad externa, confundidos ambos por el cúmulo de información o por flagrantes omisiones de aquello que era ya de dominio público. El mundo externo cotidiano comenzaba a contaminar el campo analítico, violándolo.

* Publicado previamente por APdeBA (1982). *Psicoanálisis*, 4(3), 503-522.

La misma institución, que habitualmente constituía una adecuada defensa contra desorganizaciones psicóticas, al facultar la creación de vínculos estables que hacen a la identidad y a la cohesión grupal, se transformaba ahora en generadora de ansiedades de corte francamente primario.

Formulamos la hipótesis de que, durante la crisis institucional, todos los análisis vinculados con ella sufrieron alteraciones, desde nimias hasta graves. Por un lado, en ciertos casos se rompió temporariamente el encuadre habitual protector del proceso analítico. Por otro, durante este período y en diversas oportunidades, el discurso manifiesto de los pacientes cayó dentro de un registro de "noticia, información o chisme" que pervirtió inconscientemente el vínculo analítico. Además las condiciones de la crisis vulneraron al analista ante la denigración o idealización de su propia persona o de aquellas conocidas por él, que pertenecían tanto a su grupo de opinión como a los grupos opositores. La tentación de "corregir" informaciones amenazaba el interpretar convirtiéndolo en una rectificación.

A poco de estudiar detenidamente estos fenómenos que aparecían durante la crisis comenzamos a conjeturar que los mismos, si bien era cierto que los magnificaron, no le eran privativos. En nuestro medio es frecuente que analistas y pacientes vivan y abrevien en un contexto común en el que preexisten y se establecen interrelaciones directas o indirectas fuera del consultorio. Se frecuentan los mismos lugares, se conocen las mismas personas con sus anécdotas y mitos. El medio socioeconómico lleva a intereses y da acceso a lugares similares. Los pacientes y nosotros somos oriundos de un sector sociocultural semejante.

La información proveniente de ese microcosmos constituye el vehículo o la materia prima de la temática manifiesta de la sesión.

Como metáfora diremos que todo este material discursivo ingresará por un orificio diferente del proveniente del mundo objetal ajeno y "puro" de las primeras relaciones del paciente y de su anecdótica.

Esto nos lleva a plantear que toda vez que la realidad externa *común* aparece en el campo analítico con sus datos puede producir transformaciones y distorsión en la escucha del analista en cualquier tratamiento. Esta problemática lo coloca diariamente en dificultades técnicas específicas¹.

Mundos superpuestos

Este material del mundo común, si bien contiene el emergente del conflicto transferencial neurótico o psicótico del paciente, posee además una propiedad selectivamente activadora; promueve una tendencia

¹ Este trabajo fue preparado en 1981, antes de la guerra de las Malvinas. Fue leído una vez iniciada la misma, y su actualidad, aunque con un contexto distinto, llegó a adquirir para nosotros una vigencia dramática.

especial a participar, a "compartir". Compartir de facto, involuntario e inevitable, que estimula o inhibe una curiosidad ambivalente que suele transformarse en secreta (1), vicariante y vergonzante.

En la disposición a compartir del analista están, no obstante, sus mejores series complementarias, la esencia de su vocación basada en el interés por conocer y dar a conocer inconsciente (2). Pero esto incluye una exigencia que lo mantiene en un estado de delicado equilibrio que comporta un riesgo: las posibilidades sublimatorias se ven amenazadas por desestructuración reactivando el predominio de funcionamientos primitivos.

Para definir la zona del mundo en común, colectora de tantas vicisitudes de la actividad analítica, hemos decidido eufemísticamente llamarlo "*mundo superpuesto*". Dicha zona suscita a diario problemas técnicos y éticos resueltos con recursos artesanales improvisados y por ende inconfesables o intransmisibles. Tales recursos quedan adscriptos a esa franja sutil en la que la intuición es privilegiada sin engendrar posteriormente una conceptualización científica.

Entendemos que desde el material del mundo superpuesto se irradia un efecto patógeno de gran complejidad que puede transformar la tarea analítica.

Durante un desarrollo típico de sesión podemos imaginar un analista inmerso y cómodo dentro de ella mientras pueda ejercer su función bajo la protección que le brinda el encuadre. La constancia, regularidad temporal y espacial, el derecho al silencio y a la abstinencia, el ocultamiento de la visual del paciente, el aislamiento del mundo exterior, producen la condición operativa del analista "encuadrado". Su hábitat mental, su disociación funcional mediante el silenciamiento de su conflictiva personal, dispondrá su escucha en atención libremente dirigida.

Estos recursos tienden a un retiro libidinoso de sus vínculos objetales estables y promueven una disposición hacia nuevos lazos con el futuro objeto de su conocimiento: su paciente de ese instante. Esta reorganización particular exalta aquella apetencia por lo nuevo.

Dichas condiciones permiten el ingreso de cualquier mensaje siempre y cuando pueda ser decodificado despaciosamente y remitido tarde o temprano al mundo interno e inconsciente del analizado. Pero observamos que dichos recaudos ideales rinden escaso amparo contra la irrupción del mundo superpuesto. Este producirá un efecto paradójico, pues, si bien en apariencia el mundo superpuesto crea un universo que aproximaría al analista a su analizado, a la postre será el que más lo aleje del descubrimiento del inconsciente. Para el paciente el material anecdótico seguirá siendo su objeto psicoanalítico, mientras que para el terapeuta se convertirá en referente alusivo a sus objetos extra

analíticos que lo reconducirán a su interioridad. Habrá sufrido un cambio o permutación de objeto. Entonces se apropiará inconscientemente del dato anecdótico, desestructurándolo de su fuente de origen y romperá la triangularización que da acceso a la decodificación. Se considerará habilitado para excluir al paciente y podrá buscar a otros interlocutores: ya sea consigo mismo o con un auditorio extraanalítico. No se trataría más de un secreto ajeno sino de un secreto propio que él reorganiza con quien desea (1). La epistemofilia cede paso a la escoptofilia. Y de ahí en más parten los dos mundos superpuestos en una comunicación en espejo. Se interrumpe la función analítica.

El analista se halla regido por la fantasía narcisista: "Ahora y aquí he encontrado algo para mí solo, he encontrado algo que es mío. Me he reencontrado".

En tanto, desde el paciente, huérfano, prosigue su tratamiento tentativamente cómo o cuánto puede. Y por un lapso seguirá suministrando a su analista el alimento adecuado para el sostén de su ilusión, pero el vínculo comenzará a resultar cada vez más forzado.

Ni bien el analista pueda rescatarse del brote escoptofílico habrá comprobado que de una sola vez perdió a sus dos objetos: el objeto psicoanalítico del cual renegara por reactivación de sus pulsiones pregenitales y el objeto escoptofílico que nunca puede ser desnudado totalmente.

Su respuesta lo remite a una complementariedad afectiva desde el material formal que no responde a la transferencia en sí. Si busca explicar lo ocurrido sólo investigando las fuentes transferenciales, no estará incluyendo su grado de compromiso personal y semántico dentro de la situación analítica actual estrictamente considerada. La elucidación de este trastorno mental no seguirá por lo tanto los cauces clásicos de la comprensión e interpretación de los procesos transferenciales-contratransferenciales pues tienen otro origen. *El analista se ha salido de la transferencia*. El mundo complementario creado por ésta se ha roto o distorsionado.

Desearíamos pensar ahora esta condición psicopatológica del analista activada por el fenómeno de los mundos superpuestos como una reacción traumática de características peculiares. Puede definirse como traumático para el analista en el contexto psicoanalítico a un evento de cualquier origen que perturbe brusca y sorpresivamente la comunicación analítica. Su magnitud será variable. Un elemento primordial para la elaboración de toda situación traumática es el factor tiempo-espacio. En nuestro caso dicho factor está suprimido, o así al menos lo experimenta el analista. No dispone del tiempo y lugar privados necesarios para resolver su propio conflicto y se ve requerido por el decurso de la sesión y por las demandas del paciente a continuar dedicado a éste y no a sí mismo. Sin embargo se halla entrampado: no puede hablarle

al paciente por la razón semiótica y comunicacional ya descrita sin dejar de mencionarle hechos, nombres de personas y datos que pertenecen a su privacidad, la que ahora se superpone con la de su paciente. Va en busca de éste y se encuentra consigo mismo. Esto lo coloca en una microneurosis traumática con su correlato sintomatológico: malestar, angustia, rumiación, repetición, pobreza ideativa y, hasta en algunos momentos de desestructuración psicótica, reactivación de ansiedades paranoides y confusionales. Un verdadero trastorno del pensamiento.

Bajo este efecto puede regresar a un estado en el que priva lo sensorial y el pensar queda abolido o inhibido. Para recuperarlo necesita reorganizar con su tiempo personal cadenas asociativas con la inclusión paulatina del hecho traumático y de sus consecuencias en diversos aspectos de su circunstancia vital.

Cuando estas perturbaciones lo trascienden y toman contacto con el paciente, sus vías de expresión se deslizan en el encuadre y en la interpretación. Si se extienden a su mundo de relación contaminarán sus conductas fuera de sesión.

Encuadre

Cuando el encuadre se hace permeable a datos personales, el analista acude tanto a rigidizarlo y reforzarlo como a liberalizarlo con elementos de permisividad excesiva. Puede incluso fracturarlo al intervenir directamente, terciando con señalamientos o con aclaraciones concretas bajo la racionalización de proteger la situación analítica.

Interpretación

Esta función se ve alterada. El mundo superpuesto promueve una cadena sobresignificada. Las interpretaciones dejarán de ser genuinas y se transformarán en seudointerpretaciones destinadas a eludir, rectificar, atenuar, atesorar, etcétera, un dato que afecta al analista por razones espurias al proceso.

Así se apresurará a buscar significaciones supuestamente transferenciales a un contenido manifiesto que desea omitir. Eludirá lo inmediato y penoso para él, sumergiéndose directamente y fuera de *timing* en los contenidos profundos. Intervendrá tendenciosa o seductoramente para obtener más elementos de la serie escotofílica. En fases de identificación superoyoica, interpretará axiológicamente para detener un juicio de valor acerca de su persona y de gentes de su circunstancia.

En todos estos casos creerá estar en pleno dominio de su proceso secundario, cuando realmente es su par placer- displacer el que rige su participación.

Ambas partes no son conscientes de este proceder y a cada uno, por sus propias motivaciones, le

resultará difícil rescatarse del engaño.

A su vez lo tendencioso del analista es enmascarado, por aludir de algún modo a lo latente del paciente. Este, para salvar el vínculo transferencial, somete sus intereses a los del analista y podrá adherir al enunciado general de la pseudo- interpretación. Así pueden llegarse a cronificar y secuestrar territorios íntegros del material y del mundo interno del paciente (1). Se creará una zona muda dentro del proceso correspondiente a mundos superpuestos no resueltos.

Conducta del analista fuera de sesión

Hay datos que quedan erotizados y que egresan del campo analítico propiamente dicho debido a la referida destriangularización del proceso.

Algunos materiales pasarán a la supervisión, otros al intercambio científico entre colegas o al propio análisis del analista. Si encuentran esta solución natural, retornarán directa o indirectamente beneficiados a su fuente de origen: al paciente en sesión. Son destinos elaborativos.

Otros pasan a ser evacuados en forma espuria en algún allegado o en los corrillos, transformándose en datos compartidos por la colonia analítica. Emigran así de cabeza en cabeza hasta que ya nadie guarda acerca de ellos el debido sentido ético de discreción profesional. Pero lo que es aún más complejo: el dato deforme pasa a ser utilizado por el grupo como noticia o conocimiento.

Un distingo patognomónico de su procedencia es cuando entre colegas aparece la fórmula: "una persona me dijo...". Esto, para el oído avezado, significa: "consultorio"; es un recurso que potencia la erotización puesto que supone discreción pero como metamensaje autoriza su difusión y fomenta la catarsis grupal. Está emparentado con la problemática del secreto (1) y del rumor (3).

El fin de semana del analista es especialmente apto para este tipo de evacuación.

Situaciones prototípicas

Hasta aquí hemos hecho un enfoque global del proceso que se desencadena con la aparición del mundo superpuesto. Ahora agruparemos algunas situaciones que consideramos prototípicas de la experiencia clínica que permitirán un mejor abordaje y discusión de la riqueza de matices del fenómeno.

1. Datos-noticia

Cuando un tema manifiesto activa directamente y sin transformación una zona de interés actual del analista, determina en él el mismo efecto de fascinación que las noticias de su esfera coloquial y cotidiana.

Es el caso más simple de la reversión de la atención.

El analista, contaminado por sus intereses personales producirá una respuesta desde su ser social y no desde su ser analítico.

Bajo el dominio de su escoptofilia se encontrará reticente y poco deseoso de retrabajar este material y hacerlo tema de análisis. En su primera reacción tenderá a almacenarlo como un dato que sancionará como fehaciente ingresándolo en su caudal informativo. Luego puede buscar, obtener más datos concretos para ampliar la anécdota o, en su defecto, evitar fóbicamente el tema.

El final de la hora no marcará la separación del paciente ni la resolución temporaria del vínculo: estado pendiente e irresuelto que podrá llevarlo entonces a tomar decisiones en su vida privada: comprar, vender, concurrir a tal espectáculo o inhibirse en alguno de sus actos, etcétera.

En este ítem el componente traumático del analista es larvado y de menor cuantía. Hay una alteración del vínculo en la cual el objeto-paciente queda desdibujado y es sustituido por el objeto-noticia que despierta interés centrípeto con predominio narcisista.

2. Datos traumáticos

Los datos recibidos difieren cualitativamente de los arriba mencionados: se trata de aquellos que por su sentido producirán directa y sorpresivamente un afecto penoso o negativo en el analista. Desde la alusión nimia de hechos desagradables, inadvertida por el paciente, hasta la noticia más catastrófica.

Generan inundación emocional y ofuscamiento que se expresa como silencio estuporoso o, por el contrario, como francos impulsos a obtener más elementos concretos y compulsión interpretativa. El estado de activación narcisista y confusional lleva al analista a una regresión específica a etapas iniciales del trabajo analítico en donde todo el universo de seguridad profesional, material y discriminación de la psicosis vuelen a depender de aquello que puede brindarle un objeto único: el paciente.

La salida de sesión será más descompensada que en las situaciones superpuestas corrientes; la urgencia por verificar, ratificar o evacuar en el exterior podrá llegar a ser irreprimible.

3. Materiales de efecto traumatógeno por sumación o reiteración²

Hay noticias traumáticas que aisladamente pueden ser metabolizadas durante una sesión. No perturban la función analítica. Pero si éstas llegan a ser repetidas por varios pacientes durante una jornada

² En ciertos casos hay otra calidad de noticia que puede perturbar causándole un conflicto entre su deber profesional y su seguridad personal: por ejemplo si llega a tener que alojar un material secreto de tipo comprometedor.

producirán saturación emocional por erotización reiterada. Esta sumación traumatógena es de efecto solapado. Produce un retiro narcisista paulatino y evitación fóbica que llevan a abandonar intelectual y afectivamente a los pacientes-portadores, dejándolos librados a sus propios datos anecdóticos con su conflicto latente. Indicadores de este trastorno se pueden rastrear en somatizaciones (cansancio, somnolencia, aburrimiento) o hiperactividad intelectual. Al final del día el analista podrá sorprenderse parasitado por el retorno de ideas y preocupaciones que le recuerdan en algo temas registrados subliminalmente durante la tarea.

4. Acecho de la noticia traumática

Cuando en el ambiente flota una noticia traumática y el analista supone que sus pacientes la conocen, podrá encontrarse a la espera o al acecho de su aparición en el material. La necesidad de que se mencione el episodio penoso se debe a los remanentes de su situación traumática. Bajo tales circunstancias, el tiempo compartido es utilizado inconscientemente para continuar la elaboración del propio conflicto. El elemento expectante obedece a una necesidad únicamente personal. Se hace útil que el paciente "sepa" para poder seguir implementando la hora analítica con fines propios.

La espera del relato es prácticamente inevitable, puede llegar a ser dolorosa y casi compulsiva. Si el comentario no se produce espontáneamente, cualquier asociación con datos, hechos o representaciones que puedan ser alegóricamente evocativas, pone en juego toda la sagacidad y actitud discriminadora para rescatarse y evaluar si se halla en presencia o no de un material alusivo al dato supuestamente compartido. El dilema teórico que se presenta es si, con su inclusión u omisión, se estará secuestrando material o iatrogenizando el campo analítico.

5. Síndrome de la pared rota

Cuando un analista atraviesa por una real circunstancia dramática de su vida personal (enfermedades, fallecimiento, etc.), es frecuente o a veces inevitable, que el suceso pase al dominio público, de ahí al torrente informativo de sus pacientes y luego al material de sesión. Esto puede configurar una experiencia límite.

La designamos "síndrome de la pared rota" dado que condiciona un emergente narcisista y traumático de características únicas: devela bruscamente el secreto del analista en un momento y un lugar que no son los adecuados. Anula su anonimato.

La disociación útil, ya precaria bajo tales circunstancias, es ahora inoperante. Una de las paredes de

su consultorio se ha roto desde afuera. Ello lo colocará ante varias exigencias simultáneas: su propia situación traumática como persona y como analista, más la de sus pacientes. Ha sido violado fantásticamente en sus dos intimidades: su casa y su consultorio. Debe ahora preservar esos dos sectores de la catástrofe y de la confusión. Cada uno de ellos corresponde a niveles fundamentales de estructuración de su personalidad adulta y de su identidad. Bajo este impacto se encontrará gobernado por su regresión. Se hará presente la serie de respuestas al trauma que describiéramos en apartados anteriores: ofuscamiento emocional, vivencia de lo siniestro, silencio estuporoso o compulsión interpretativa. Pero como diferencia no intentará averiguar más elementos: precisamente se halla inundado por ellos, y a la salida de sesión buscará reponerse preferentemente con técnicas evacuatorias.

En un segundo momento, el contenido fáctico de la situación traumática del analista irá siendo admitido progresivamente por ambos integrantes, en cuanto a hecho real y no sólo dentro del "como si" convencional. Recién entonces podrán visualizarse con distancia los efectos transferenciales que tal escena produjera en el analizado con la significación inconsciente específica. La elaboración de esta emergencia traumática permitirá con el tiempo la recreación de una nueva pared que ya no será como la del encuadre anterior. Ello promoverá a su vez el restablecimiento de nuevos "como si".

Para la maduración analítica del paciente las consecuencias serán a la larga importantes. La desidealización, la disminución de la omnipotencia, la moderación del narcisismo a niveles adultos, se encontrarán entre los buenos frutos rescatados de la crisis. Para el analista el dolor y/o la vergüenza experimentada se traducirán en mayor sabiduría analítica, en reubicación de su narcisismo profesional y en humildad ante el paciente y la profesión.

6. Noticias del analista al paciente

Otras veces es el analista quien introduce activamente alguna notificación personal que puede ir desde lo cotidiano hasta lo complejo y grave: aumento de honorarios, mudanza, enfermedad, interrupción temporaria, emigración, etcétera.

El analista entra en sesión bajo un conflicto previo: es portador activo de un dato que se transformará en noticia superpuesta. Esta, a su vez creará un trastorno en la situación real del paciente que revertirá en una crisis mayor o menor dentro del proceso.

La función analítica estará alterada desde el superyó del analista, dado que se sumará a su responsabilidad real la culpa neurótica que promueven dichas rupturas activas del encuadre.

Puede suscitar conductas apaciguadoras, franqueamientos excesivos, preocupación personal o

desmedida por el porvenir analítico del paciente, etcétera.

Los efectos a distancia de estas experiencias se detectan a veces en los reanálisis.

7. Analista en posesión de datos que el paciente ignora u oculta

El analista puede hallarse en posesión de datos que comprenden toda una gama que va desde hechos anecdóticos e históricos hasta noticias actuales. Por ejemplo, el enterarse de alguna enfermedad grave de su paciente o de algún familiar de éste, de una infidelidad conyugal, etcétera. Estas referencias, adquiridas extra analíticamente, siempre producen un efecto desorganizador por su aparición fuera de contexto, una herida narcisista pues no fueron obtenidos "según arte" y una mayor exigencia. De todas maneras traen una nueva visión del caso recibida unilateralmente. Surge un mundo superpuesto que puede crear un problema técnico y ético a veces irresoluble.

Se plantea un dilema: incluir o no incluir y, además, cómo, cuándo y dónde hallar indicios fidedignos. ¿Es el paciente quien está excluido o excluyéndose, o es el analista excluido por su paciente de un determinado conocimiento? ¿Cuáles son los indicadores? Estamos aquí ante una doble problemática del secreto y sus vicisitudes. Secreto del paciente. Secreto del analista.

Momentáneamente el analista transformará en secreto sus informaciones. Si no reaparecen a través del paciente se verá liberado del peso de su secreto y experimentará un alivio muy particular. Decidirá entonces a voluntad la utilización o no de los datos que ya no lo abarcan a él solamente y que vuelven a pertenecer a la situación analítica. En ciertas ocasiones, por no tolerar el peso de tal secreto, y regido, ahora sí, por el principio de placer-displacer, podrá verse compulsivamente deseoso de evacuarlo dentro o fuera de sesión, ya que el displacer puede llegar a ser insoportable. Pero hay otros casos en los cuales tendrá que conservar el secreto indefinidamente con mayor o menor sobrecarga tanto para la pareja analítica como para el funcionamiento mental del analista. Quedarán en él como un remanente sin destinatario.

Narcisismo del analista

El universo de los mundos superpuestos que venimos describiendo nos lleva a la problemática del narcisismo del analista y del psicoanalizar. Deseamos hacer algunas consideraciones al respecto. La fuente casi única de reforzamiento de la autoestima profesional proviene históricamente del propio análisis y de su formación científica, que irán a configurar el ideal del yo analítico.

Mientras se halla trabajando, el enriquecimiento de su ego lo obtendrá del placer funcional dado

por el ejercicio de su capacidad analítica y de la tarea creativa intelectual que realice.

Teóricamente todo ello lo preservaría de buscar halagos y reaseguramientos originados en la ilusión transferencial (5).

Sin embargo, la simetría y la abstinencia de la situación analítica recaen con sus efectos deprivativos y sometedores no sólo sobre los pacientes, como usualmente ellos lo aquejan, sino también sobre el analista como un subproducto inevitable del procedimiento. Sabemos que el terapeuta debe renunciar durante horas a pensar adulta o genitualmente en sí mismo para prestarse a ser pensado regresivamente por un sujeto que lo utiliza y lo parasita proyectivamente. Para su persona real es equiparable a una muerte psicológica que refuerza su soledad y desencadena sufrimiento. Consideramos que el espejismo de la transferencia podrá incluso hacerlo buscar en ella un alivio para sus carencias y dar pie para que se ubique desde la contratransferencia en epicentro del paciente (6). Cuando, para más, aparece el mundo superpuesto, ello precipita esta condición narcisista tornándola por momentos irreversible: el deseo de ocupar el lugar central lleva a arrebatarse a su "majestad el bebé" y alojarlo en su mente. Se rompe el equilibrio real ilusorio del campo analítico y se desarrollan entonces dos estados narcisistas rivales. Esta perturbación constituiría una especie de "enfermedad profesional" propia del quehacer analítico. Este, ya de por sí, coloquialmente acusado de profesión malsana y una de las famosas profesiones imposibles de Freud (7).

Mencionaremos como indicadores de este trastorno narcisista, una intensificación del deseo de ser nombrado, querido y gratificado en forma directa e inmediata, de incrementar el prestigio y el cúmulo informativo tanto acerca de sí mismo como del mundo en general.

Cuando esto ocurre, queda relegada la principal fuente de enriquecimiento y autoestima dada por el descubrimiento de significaciones inconscientes. El narcisismo "analítico" queda desplazado por el narcisismo de su propia persona (no científica) y se establece un tipo de relación con el otro en la que predomina el interés por sí mismo en desmedro del paciente.

Desde el ideal del yo, pensamos que el analista se identifica con el "como si" idealizado que le propone la transferencia y toma delirantemente como mandato y expectativa, aquellos ideales que resuenan sobre sus arcaicas exigencias narcisistas. Carenciado y dependiente, trata de ir poniéndose a la altura de este patrón exterior siempre cambiante. Si dentro de las exigencias transferenciales se encuentra con aquellos "deberás ser" de su infancia, reforzará su yo ideal y, superyoica o melancólicamente, tenderá a responder en el aquí y ahora. Instalará por alguna de estas vías una verdadera dependencia narcisista. Esto

acrecienta la pérdida de la autoestima, el sentimiento arcaico de impotencia, entorpece el juicio de realidad y desencadena extrañamiento y confusión. En otros casos, puede privar un estado megalomaniaco en el cual el analista personifica el bebé omnisciente del delirio de su analizado: conoce todo, comparte todo. Selecciona y juzga como reales y fehacientes, por ejemplo, aquellos datos del mundo superpuesto que le convengan y se adecuen a sus necesidades narcisistas del momento. En realidad esta visión tendenciosa responderá, entonces, no solo a la sobrecarga informativa del medio ambiente sino al intento de zanjar el vacío y la deprivación afectiva extratransferencial, la soledad mencionada, instalando este compartir vicariante, simbólico.

Surgirán también en estas condiciones auténticos estados de acting out del analizar. El analista pasará a representar un personaje delirado y le resultara difícil salirse de ese papel. Por ende lo actuara en y fuera del consultorio. Dentro de la sesión, el acting out más puntual y específico es aquel que acabamos de describir cuando trasforma la escucha y registra el dato como verdad fehaciente y no como verdad psicológica, y obra en consecuencia. Sería una manifestación de su imposibilidad para revertir la perspectiva, caso en el cual se encuentra atendiendo con memoria y deseo de ser informado y nombrado. Fuera del consultorio lo fija en un rol o en un estereotipo en la estamentería institucional o la sociedad en general. No podrá defraudar a su público inconsciente. Pero lo que es más, en su mundo diario se transforma en un ser informado-desinformado, portador de datos parciales sobre sí mismo y sobre los demás, que a veces altera conscientemente o no su vida de relación.

Justamente en aquel periodo de crisis institucional que utilizamos como arranque del trabajo, debe haberse producido un incremento individual y grupal de exaltación narcisista, potenciado por la revisión y cuestionamiento de la identidad de todos y cada uno de sus componentes.

Ahora, aparte de este aspecto deformante y patológico, deseamos rescatar un narcisismo “positivo”: ni defensivo ni regresivo sino preponderantemente libidinal, y conjeturar cómo este puede ser instrumentado.

Cuando el analista consiga discriminarse adecuadamente de su condición narcisista, retomara los datos que fueron creando aquel mundo superpuesto y lograra restituirlos a los dos mundos ajenos e individuales de donde habían partido.

El mundo superpuesto como fuente de recolección informativa y eventual enriquecimiento narcisista podría entonces ser replanteado. ¿Es esto posible o lícito? Creemos que en ciertas ocasiones, una vez vuelta a recuperar la autonomía, el analista quedará fuera del consultorio, ya no con relatos que

catalogará como fehacientes o que le pertenecen, sino con elementos parciales de información. Desde ese lugar, podrá reabrir una secuencia de aprendizaje: la transformación de datos ajenos o externos en conocimiento.

Ello será logrado mediante los remanentes deserotizados y sublimados, una especie de residuo factico o escoria buena del material manifiesto.

Otras veces el desenlace será solo el descarte o el olvido. No obstante, cada elemento novedoso estimulará el pensamiento autónomo capaz de transformar la información en especulación y aprendizaje. No hablamos aquí de aquel conocimiento de la psique de cada paciente sino que nos referimos tan solo a aquellas cosas que sencillamente ahora sabe el analista como persona real y que antes desconocía.

El consultorio será entonces una ventana más al mundo que el terapeuta curioso y *voyeurista* inveterado buscará tanto dentro de lo banal como de lo fascinante. Su narcisismo se verá así parcialmente realimentado. El paciente obrará solo como un agente más, promotor de información.

Reflexiones técnicas finales

Opinamos que sería útil tener en cuenta que cuando irrumpe el mundo superpuesto en sesión, inevitablemente y por un lapso, nos veremos traumáticamente inundados por los halagos o estragos a nuestro narcisismo psicoanalítico y que será muy probable la tendencia a convertirnos en personaje número uno.

Para paliar este estado, el silencio del analista podrá reincorporarle el tiempo necesario para despejar su cuadro y recuperarse de la lesión narcisista que comporta el comprobar *in situ* la cesación momentánea del instrumento del trabajo. Las interpretaciones que surjan mientras predominen los intereses personales extraanalíticos no provendrán de la libertad creadora. Generalmente se verán empobrecidas o hasta perjudicadas.

Como de todos modos, salvo groseros errores de conducción, la situación analítica ha de continuar, para el analista será posible apoyarse en otros elementos terapéuticos. Así, el sostén dado por un encuadre lo suficientemente flexible pero firme, una presencia receptiva y capacidad de espera, lo preservaran como objeto trasferencial.

El mundo superpuesto es un talón de Aquiles del psicoanalista y del psicoanalizado, dado que esta problemática se inscribe en el dilema aun no resuelto de realidad externa y psicoanálisis. El mundo superpuesto es un momento de eclipse analítico.

Resumen

Este trabajo gira en torno de los fenómenos que produce la realidad externa común a paciente y analista, cuando ella surge en el campo analítico. Su presencia en el material es fuente de distorsiones y transformación en la escucha del analista, así como de perturbación en la función analítica.

El material del mundo común al que los autores denominan “mundo superpuesto”, si bien vehiculiza el emergente del conflicto trasferencial, poseería una actividad selectivamente activadora, promueve en el analista una tendencia especial a participar, a “compartir”. Compartir de facto, involuntario e inevitable que estimula o inhibe una curiosidad ambivalente que suele transformarse en secreta, vicariante y vergonzante. Esto activa en él dos perturbaciones fundamentales que luego revertirán sobre el proceso analítico: un efecto traumático de mayor o menor grado y un trastorno narcisista.

Se estudian las vicisitudes de esta condición, su interferencia en el desarrollo de la relación trasferencial, en la técnica, en el encuadre y en la interpretación, en la producción de acting out del analista y en ulteriores conductas sociales.

Se plantean también los destinos elaborativos de la problemática.

Summary

This paper is centered about the phenomena produced by the external reality common to both patient and analyst, when this common reality arises in the analytic situation. Its presence in the material is the source of distortions and transformation in the analyst “listening” as well as disturbances in the analytic function.

The material of the common world -called “overlapping” by the authors- even though it is the vehicle for that which comes out on the transference conflict, would have a selectively activating quality: it induces a special tendency in the analyst to participate, to “share”. This de facto, involuntary, inevitable, sharing stimulates or inhibits an ambivalent curiosity which often becomes secret, vicarious and shameful.

All this produces in the analyst two basis disturbances which will affect the analytic process: a smaller or greater traumatic effect and a narcissistic disorder.

The authors deal with the development of the transference relationship, with the various effects of technique, with the setting and interpretation; its relation to triggering acting-out by the analyst and to future social behaviors.

The positive aspects of the working through of this type of problems are indicated in this paper.

Résumé

Nous posons l'axe de ce travail sur les phénomènes qui apparaissent quand la réalité extérieure commune à l'analyste et au patient apparaît sur le champ analytique. La présence d'un tel matériel est source de distorsions (déséquilibre) et transformations à l'écoute de l'analyste et pour autant cause de perturbations de la fonction analytique.

Le matériau du monde commun auquel les auteurs ont surnommé « monde superposé » bien qu'étant le véhicule de l'émergent du conflit transférentiel pourrait avoir une propriété de une activité sélectionnée : elle promeuve chez l'analyste une tendance spéciale à participer, « à partager". Partager de facto, involontaire et inévitable qui stimule ou inhibe une curiosité ambivalente qui peut devenir secrète, vicariante e honteuse.

Ceci active en lui deux perturbations fondamentales qui se retourneront sur le processus analytique : un effet traumatique plus ou moins important et un trouble narcissique.

On étudies les vicissitudes de cette conditions : son interférence sur le développement de la relation transférentielle, sur la technique, sur la cadre et l'interprétation ainsi que sur la production d'un acting out de l'analyste et de sus ultérieures conduites sociales.

On étudie aussi les destins prelaboratifs de cette problématique.

Bibliografía

- (1) Puget, J. y Wender, L. "Los secretos y el secretar", Rev. de APdeBA, vol. II, No, 1, Bs. As., 1980.
- (2) Wender, L. "Psicoanálisis de la vocación", Rev. De APA, Vol. XXII, T. 1 y 2, Bs.As., 1965.
- (3) Olinick, S. "The gossiping psychoanalyst", The Int. Rev. de Psychoan., vol. 7, part. 4, Londres, 1980.
- (4) Zac, J. "Reacción de fin de semana: encuadre y acting out", Rev. de APA, Vol. XXV No. 1, Bs. As., 1968.
- (5) Aulagnier, P. Les destins du plasir, pags.219-229, Paris, P.U.F., 1979.
- (6) Chasseguet-Smirgel, J y Grunberger, "El narcisismo del analista", Rev. de APdeBA, Vol. I, No.1, Bs.As., 1979.
- (7) Freud, S. "Análisis terminable e interminable", T. XXIII, Bs. As., Amorrortu, 1973.