

## **Diálogo entre inconscientes: La dimensión intersubjetiva del encuentro analítico<sup>1</sup>**

*Gabriela Mustri Misrahi<sup>2</sup>*

*“He cavilado mucho sobre este encuentro, que no he contado a nadie. Creo haber descubierto la clave. El encuentro fue real, pero el otro conversó conmigo en un sueño y fue así que pudo olvidarme; yo conversé con él en la vigilia y todavía me atormenta el encuentro”.*

(Jorge Luis Borges 1975, “*El Otro*”)

Al hablar de la experiencia analítica uno siempre queda corto, porque las palabras no alcanzan para narrar lo que ocurre en el interior de una habitación en la que el diván en el que se recuesta el paciente para asociar libremente y la silla desde donde el analista escucha en atención flotante, enmarcan y concretizan aquel espacio virtual en el que dos mentes se encuentran y establecen un diálogo, que en esta soledad compartida hace resonar lo más temible, lo más perturbador y también lo más auténtico. A este espacio llega UNO, el paciente portando las desgarraduras de su historia y los dolores de su existir buscando a un OTRO que lo ayude a escucharse y a pensarse desde un nuevo lugar, ese otro el analista que con su bagaje académico y profesional, así como desde su propia experiencia analítica prestará su mente para albergar en ella el sufrimiento y las esperanzas de su paciente, pero es innegable que el analista también se verá tocado y transformado por esta experiencia.

Si bien Freud (1912) recomendó “... (tomar) *por modelo al cirujano que deja de lado todos sus afectos y aun su compasión humana*” (pag.114. Tomo XII), sorprendentemente nos encontramos que en su historial de Dora enuncia (1905) “*Quién, como yo, convoca los más malignos demonios que moran, apenas contenidos, en un pecho humano, y los combate, tiene que estar preparado para la eventualidad de no salir indemne de esta lucha*”

---

1 Ponencia Plenaria, presentada en el LVI Congreso Nacional de Psicoanálisis APM “Psicopatologías actuales. Tratamientos actuales”. 11 y 12 de noviembre de 2016. Sede: Teatro Fernando Calderón. Zacatecas, Zacatecas.

2 Psicoanalista titular APM, gamustri@prodigy.net.mx

(pág. 96. Tomo VII). Veamos que la primera frase con un tono ciertamente autoritario es tomada de uno de sus escritos técnicos y la otra con un toque poético proviene de uno de sus más excelsos historiales clínicos, ¿será que uno puede tomar una postura más objetiva y desafectada en teoría pero que ante el encuentro con el paciente, ni el gran maestro se salvaba de saberse implicado en el interjuego pasional que depara la experiencia analítica?

Este escrito surge de mi interés por abordar las muchas maneras en que analista y paciente, juegan y se la juegan en el encuentro analítico. Como ya lo dijo Winnicott (1971) *“La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: La del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas...”* (pág. 61). Transferencia-Contratransferencia es un eje fundamental a rastrear en este juego llamado psicoanálisis.

Mucho se habla hoy de intersubjetividad, ese encuentro de dos mentes que se entrecruzan y se tocan recíprocamente. Y hoy, tal vez no todos pero sí muchos analistas consideramos nuestro objeto de estudio la diada analítica, que se inserta en lo que los Baranger denominaron el campo analítico. Hoy en día una llamada “escuela psicoanalítica” de gran empuje en EUA es la escuela intersubjetivista o relacional que plantea ciertas formulaciones teórico- técnicas. Pero más allá de ser una postura psicoanalítica o una nueva forma de pensar el psicoanálisis, concuerdo con Coderch (2012), quién propone que la intersubjetividad es una dimensión presente en todo proceso psicoanalítico y siempre que se considere el eje transferencia-contratransferencia se hace alusión al impacto recíproco entre paciente y analista, así como a las diversas formas y matices de la comunicación en lo verbal y en lo no verbal, en la palabra y en el cuerpo, en los planos consciente e inconsciente.

En su escrito “Consejos al médico” (1912) Freud plantea que el inconsciente del analista es un “*instrumento*” esencial, “*un órgano receptor*” para acceder al inconsciente del paciente. Se vale de la metáfora del funcionamiento del teléfono para señalar la existencia de dos canales en lo inconsciente: uno transmisor y otro receptor. Dicho lo anterior, de acuerdo a Bollas (2007), es evidente que Freud plantea la existencia de un inconsciente receptivo además del inconsciente reprimido. También encontramos que en “*Lo inconsciente*” (1915) Freud sostiene que el inconsciente de una persona puede reaccionar al de otra persona sin notarlo de forma consciente. Así vemos el lugar determinante que Freud (1912, 1915) asignaba a la comunicación inconsciente en el quehacer analítico ciertamente no emprendió un estudio más profundo de este tema. ¿Quizá

fuera por el carácter místico que esto otorgaba al psicoanálisis, cuando, como todos sabemos, Freud esperaba ubicar sus hallazgos en un territorio científico?

Sobre estos temas profundizó más libremente Ferenczi, el niño sabio e incomprendido del psicoanálisis, cuya obra permaneció escondida en el desván del saber analítico, ya que quizá adelantándose a su tiempo, visualizó aspectos del encuentro analítico que rompían con la ortodoxia analítica de su época. Ferenczi enfatizó el aspecto bipersonal y la reciprocidad en el encuentro analítico, sostuvo la existencia de un *diálogo entre inconscientes*, que generalmente pasa desapercibido pero que resulta sustancial en la cura (Bass, 2001 y Bass, 2015 en Harris y Kuchuck). Si bien Freud, como ya dijimos, reconocía la importancia de la receptividad del inconsciente del analista para conocer el inconsciente de su paciente, no tomaba en consideración el papel que jugaba la subjetividad del analista en el encuentro entre ambos ni lo que el paciente era capaz de intuir de la mente de su analista. Su mirada era unidireccional, no admitía la dialéctica transferencia-contratransferencia ni lo que se construía en el encuentro paciente-analista. Mientras que Ferenczi da un paso adelante, al considerar la participación de la vida subjetiva del analista así como lo que ocurre en su mente durante la sesión, siendo el primero en otorgar un lugar sustancial a la contratransferencia como herramienta del análisis y así como a la dimensión intersubjetiva. Pero como todo conquistador de un nuevo territorio su mirada fue muy parcial, de tal modo que sus exploraciones en torno a las dos mentes participantes rayaron en lo concreto al poner en práctica los llamados *análisis mutuos*, en los que en lo literal planteaba un intercambio de roles analista-paciente. Estas son experiencias clínicas que causaron controversia en su tiempo y contribuyeron al desprestigio de sus muy valiosos hallazgos. (Fortune y Hoffer en: Rudnytsky, P.L..Bókey, A. y Giampieri-Deustch, P., 1996) Hoy en día sabemos que las experiencias del analista en el juego intersubjetivo son importantes en el proceso en tanto son usadas como un instrumento que favorece la comprensión del inconsciente del paciente y su crecimiento emocional, pero lo terapéutico está en preservar los roles y la condición de asimetría.

Pensemos en la diversidad de prácticas esotéricas y místicas de las distintas culturas, que van desde echar las cartas, leer la mano, el aura o el café, entre muchas otras; resulta muchas veces sorprendente su certeza para penetrar en el conocimiento del mundo interno, las pasiones, los deseos e incluso las vivencias traumáticas de la persona. Podríamos atribuir

su precisión a la sorprendente capacidad de algunos brujos, chamanes o gitanas para entablar esta comunicación de inconsciente a inconsciente. Pero esto no es sólo cosa de brujos, con el paso del tiempo los analistas vamos acumulando experiencias curiosas que acontecen en el interior de nuestros consultorios en las que se hace patente este diálogo entre inconscientes, relatos que transitan entre lo curioso y lo ominoso, entre la clarividencia y la telepatía, que van del paciente al analista y viceversa. Pensemos en la cantidad de veces que se nos ocurre una idea disparatada o una palabra que decimos al paciente y que le llega muy hondo ya que devela un acontecimiento significativo de la vida de este que había sido “olvidado”, o cuando asociando libremente mientras escuchamos al paciente se nos ocurre una idea y momentos después el paciente la verbaliza, o bien cuando el analista trae en la mente alusiones a libros o canciones y sorpresivamente aparecen en el discurso del paciente. O la capacidad de intuir en forma de pensamientos y sueños ciertos estados físicos y enfermedades, o incluso situaciones que ocurren en la vida del paciente antes de que este se haga consciente de ellas. Algo realmente sorprendente es cuando supervisamos un paciente o presentamos su caso en un congreso y captamos en alguno de sus sueños que de algún modo hay un registro inconsciente de este hecho y más escabroso aún, es cuando el paciente se hace de algún modo presente justo cuando lo hemos estado pensando, por ejemplo, cuando uno encuentra una notificación de que un paciente vio tu perfil en alguna red social justo cuando estas escribiendo algo referente a él.

Son diversas las reacciones frente a la sensación de que alguien es capaz de “adivinarlos el pensamiento” o “leer acertadamente nuestro inconsciente”. En algunos casos la experiencia puede ser vivida como confortante al tener la sensación de que se ha establecido una conexión muy particular, como cuando el paciente transitando por un momento de profunda regresión percibe que su analista es capaz de establecer con él una sintonía emocional profunda y esto lo hace sentirse bajo la protección de un analista “más que suficientemente bueno”. No obstante en otros momentos, esta experiencia genera sensaciones siniestras, que resuenan desde las partes psicóticas de la personalidad generando la sensación de que se transmite algo oculto en las entrañas del inconsciente (Bion, 1967) remitiendo a fantasías de intrusión, como si otra mente en su poderío omnipotente pudiera penetrar en su inconsciente y apropiarse de los contenidos de su psique.

Hace varios años atendía a Graciela, una atormentada mujer que en momentos se veía invadida por una furia incontenible. Su presencia

me resultaba imponente, era una paciente de gestos duros y de maneras toscas, aunque al mismo tiempo era palpable su desvalimiento. Un día llegó a consulta visiblemente perturbada con el asa de una taza, que venía desprendida de la misma y colgada en su mano, me dijo “*mira esta es la prueba de cómo puedo llegar a odiar al mundo, del coraje aventé la taza, si es la que me regaló Susana*” me relató con mucho dolor todo el acontecimiento que la había enfurecido y después de un largo silencio me dijo “*aventé la taza con todas mis fuerzas pero fue muy raro, porque se hizo pedazos pero el asa se salvó y la guardé para traértela*”. Me pidió que se la guardara porque la haría sentirse protegida que quedara algo de ella que se podía salvar de su odio, yo le dije que se la guardaría y que tal vez con este gesto lo que me pedía era tener “*un lugar en mi desde donde agarrarse*”, colocó el asa en un espacio en mi librero donde mis pacientes niños dejaban torres de legos, esculturas de plastilina u otras cosas que construían y me pedían que quedaran ahí para continuarlas. Transcurrió un tiempo de relativa paz, en el que la paciente podía hablar con calma y pensar. La furia reapareció un día en el que inexplicablemente, toda la sesión se sintió molesta, refirió odiar a todos y recordó el incidente de la taza y me dijo “*ahí está el asa que se salvó, cada que vengo la veo... (con mucho enojo) seguro prefieres a cualquier otro de tus pacientes, y sabes que... no me engaño aunque esté el asa ahí yo no tengo un lugar en nadie*”. Al término de la sesión me dirigió una mirada penetrante y llena de odio y me dijo “*Todo está mal, y para colmo, estas embarazada, ¿verdad? lo veo en tus ojos*”. Este fue un momento absolutamente siniestro, literal me quedé perpleja porque en efecto para esos momentos yo estaba embarazada, lo anhelaba y había en mí una ligera sospecha de que pudiera estarlo, pero todavía ni siquiera me había hecho la prueba de embarazo. Pero la paciente ya sabía algo de mí que ni yo sabía....

Esta experiencia generó gran impacto en mí, puedo decir que fue una de las primeras experiencias clínicas que me permitieron sentir la fuerza de ese hilo comunicativo que se teje entre la mente del analista y su paciente.

Años después tuve otra experiencia pero ahora ocurrió en mi mente, para ser más precisos en mis sueños. Michelle, una paciente que por esa época se analizaba conmigo hablaba de sus dudas en torno al mejor momento para recibir a otro bebé, su duda estaba en si necesitaba más tiempo para si misma antes de estar preparada para otro embarazo, pero todos los demás: su esposo, su madre y sus amigas opinaban que ya se “*debía embarazar*” si no sus bebés se iban a llevar mucho tiempo y resultaba más práctico criar

a muchos niños juntos. Eran dos versiones de su deseo: 1) Darse el tiempo para desear vs. 2) Dar un bebe para cumplir el deseo de los demás. Elige la segunda, su argumento fue que “*eso seguía en su vida*”. La sesión anterior al suceso que quiero narrar, la paciente me habló de puros detalles prácticos y cotidianos eludiendo todo intento por ir más allá, mi sensación era que la paciente estaba en “*modo de no pensar*”. Sigue a esto una breve interrupción y la noche anterior a volver a ver a la paciente yo tengo un sueño muy vívido en el que aparece Michelle recostada en mi diván, mismo que flota en una alberca y me dice “*ya no tengo que pensar, ya estoy embarazada...*” La veo unas horas después y me dice con emoción que la semana que no nos vimos tuvo un retraso y que se acaba de hacer una prueba de embarazo, corrobora lo que yo ya sabía. Sobra decir que me quedo perpleja, ahora es de mi propio inconsciente de quién me asusto.

Elijo dos viñetas de dos pacientes para ilustrar los dos caminos del diálogo entre inconscientes, que van de la paciente a la analista y viceversa, en ambos hay de por medio la comunicación inconsciente de un embarazo, es decir la presencia de un tercero en potencia. Se preguntarán ¿Qué pretendo decir con esto?

Como sabemos el embarazo es un estado de máxima receptividad emocional, Winnicott (1956) señala que la madre gestante es capaz de decodificar registros corporales y sensoriales para establecer una comunicación con el feto en su vientre y aun con el recién nacido durante sus primeros meses de vida, y así adaptarse a sus necesidades. Denomina a este estado de *preocupación maternal primaria* en el que a través de la identificación proyectiva la madre es capaz de captar, contener y transformar las angustias del bebe en su mente. Sobre la misma línea Bion (1967) habla de un estado psíquico de receptividad y ensoñación, el “*Reverie*”, que la madre sostiene frente a su bebé para absorber las experiencias primarias de éste y así darles significado (función Alfa). Experiencias continuas de esta índole le darán al bebé la posibilidad de introyectar a esta madre receptiva y comprensiva, lo que le otorgará la facultad de pensar por sí mismo sobre sus propios estados psíquicos. Así vemos cómo la constitución del psiquismo está fundamentada en procesos intersubjetivos, apelando a la máxima de Winnicott (1960) de que en un inicio “*No hay tal cosa como un bebé*”, es decir, que es imposible pensar al bebé sino es en el interjuego con la madre y viceversa. (citado por Ogden, 1994, 2004),

Volviendo al escenario psicoanalítico, si tomamos como modelo el llamado *Par Freudiano* por Bollas (2001, 2009) conformado por un

paciente que asocia libremente y a un analista que escucha en atención libremente flotante, podemos encontrar que la práctica analítica es en sí un acto intersubjetivo que transcurre desde una mediación bisexual (J. Cosnier, 1987, citada por Gibeault, 1988), donde lo masculino y lo femenino se anudan. El analista ejerce ciertas funciones similares a las antes descritas en la madre gestante, que parten de un estado receptivo y envolvente, donde la ensoñación y la intuición predominantes permiten al analista establecer una comunicación primaria y entrar desde su inconsciente, en contacto con el inconsciente del paciente, en el reino del antes de la palabra. Por otra parte, la especificidad masculina del espacio analítico se manifiesta en las actitudes paternas del analista que van dirigidas al uso de lo verbal. El orden paterno, nos dice Bollas (2000), está del lado de la penetración, la inseminación, la tutela y la aplicación de la ley. Así el analista, al igual que el padre, hace el corte, marca el límite e introduce la realidad, a través de la mediación de la palabra.

Regresando al orden materno, resulta interesante la propuesta de Ogden (1994, 2004) en cuanto a la procreación de un sujeto virtual, el “*tercero analítico*”, que surge del encuentro entre paciente y analista, dos cuerpos y dos mentes que funcionan de forma separada y a la vez conjunta, de tal modo que los contenidos psíquicos gestados en el inconsciente y que son expresados en forma de sueños, reveries y metáforas serán vistos como productos individuales y al mismo tiempo como creaciones conjuntas de esta diada, son el bebé, que nace de este singular encuentro. De tal forma que el análisis fluye en una dialéctica inconsciente entre lo subjetivo y lo intersubjetivo, entre lo vincular y lo interpretativo.

De acuerdo a todo lo anterior, pienso que los momentos de profunda regresión que facilitan este intercambio entre inconscientes, se abren los canales del inconsciente receptivo y ocurre algo similar a los que pasa con la madre y el bebe en la interacción antes descrita de preocupación maternal primaria y es en esos momentos cuando acontecen situaciones que rayan en lo siniestro, dado que se favorece una pérdida temporal de los límites y las dos subjetividades se ven interpenetradas, como en un sueño a dos mentes. Si el analista sobrepasa la perplejidad y la angustia ante tales situaciones, y eventualmente puede pensar su contratransferencia, el proceso analítico se verá enriquecido por una visión más profunda de lo que le ocurre al paciente. Si no es así, se abre la puerta para entrar a un pasillo resbaladizo ahí donde el enactment le roba el piso al analista, inhibiendo sus capacidades de pensar y de simbolizar a través de la palabra para dar sentido, pasando

así de la poética del diálogo entre inconscientes a la terrible locura a dos en el que se imponen los pasajes al acto y las colusiones subyugantes que imposibilitan la tarea psicoanalítica...

## **Resumen**

La propuesta central de este escrito gira en torno a la dimensión intersubjetiva del encuentro psicoanalítico, que se refiere al impacto recíproco entre paciente y analista, tomando como eje la transferencia-contratransferencia. A partir de viñetas clínicas se intenta demostrar la participación de formas de comunicación inconsciente en el proceso psicoanalítico, que se explican a partir del mecanismo de identificación proyectiva. Se hace una comparación entre las formas más primitivas de comunicación existentes entre la madre y el bebé durante la gestación y al principio de la vida extrauterina con algunas pautas de comunicación que surgen en ciertos momentos del proceso analítico.

**Palabras clave:** Comunicación inconsciente, inconsciente receptivo, intersubjetividad, identificación proyectiva.

## **Summary**

The basic proposition of this paper centers on the intersubjective dimension of the psychoanalytic encounter, which refers to the mutual impact between the patient and the analyst, having the transference-countertransference process as its central concept. The different types of unconscious communication in the analytic process that are explained through the mechanism of projective identification are demonstrated based on clinical cases. A comparison is made between the most primitive ways of communication that exist among mother and child during the gestation period and the beginning of extrauterine life and some of the communication patterns that arise in certain moments of the psychoanalytic process.

**Keywords:** Unconscious communication, receptive unconscious, intersubjectivity, projective identification.

## **Referencias bibliográficas**

BASS, A. (2001) It takes one to know one; or, whose unconscious is it anyway? *Psychoanal. Dial.*, 11:683-702

- BION, W.R. (1967) *Second Thoughts*. London: Karnac, 2005.
- BORGES, J.L. (1975) *El libro de Arena*. Madrid: Alianza Editorial, 1998.
- BOLLAS, C. (2000) *Hysteria*. London: Routledge 2006
- BOLLAS, C. (2001) Freudian intersubjectivity: Commentary on Paper by Julie Gerhardt and Annie Sweetnam. *Psychoanal. Dial.*, 11:93-105
- BOLLAS, C. (2007) *The Freudian Moment*. London: Karnac
- BOLLAS, C. (2009) *The infinite Question*. London: Routledge
- CODERCH, J. (2012) *La relación paciente-terapeuta*. Barcelona: Herder
- FREUD, S. (1905) Fragmento de análisis de un caso de histeria (*Dora*). *Obras Completas*, Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortú, 2004
- FREUD, S. (1912) Consejos al Médico sobre el tratamiento Psicoanalítico. *Obras Completas*, Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortú, 2004
- FREUD, S. (1915) Lo Inconsciente. *Obras Completas*, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortú, 2004
- GIBEAULT, A. (1988) "On the feminine and the masculine: Afterthoughts on Jacqueline Cosnier's book, *Destines de la féminité*". En: BREEN, D. (1993) *The Gender Conundrum*. NY: Routledge.
- HARRIS, A. y KUCHUCK, S. (2015) *The legacy of Sándor Ferenczi*. NY: Routledge
- OGDEN, T.H. (1994) *Subjects of analysis*. New Jersey: Jason Aronson
- OGDEN, T.H. (2004). The Analytic Third: Implications for Psychoanalytic Theory and Technique. *Psychoanal Q.*, 73:167-195
- RUDNYTSKY, P.L.; BÓKAY, A. Y GIAMPIERI-DEUSTCH, P. Editores (1996) *Ferenczi's turn in Psychoanalysis*. NY: New York University Press
- WINNICOTT, D.W. (1956) La preocupación maternal primaria" En Winnicott, D.W. (1958) *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós
- WINNICOTT, D.W. (1960) La teoría de la relación entre progenitores – infante. En Winnicott, D.W. (1965) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Barcelona: Paidós, 2002
- WINNICOTT, D. W. (1971) *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa