

EL PROCESO INTERPRETATIVO EN TERAPIA PSICOANALÍTICA.

Mercé Mitjavila

Universitat Autònoma de Barcelona

Interpretation is crucial in the theory and practice of psychoanalysis. Notwithstanding this fact, the active construction of hypotheses, and their subsequent utilization in therapy, is rarely explicitly dealt with. The present article addresses the question of what should be the optimum distance between the patient and the theoretical speculations of the psychoanalyst, arguing for the use of theory as a bridge that should serve as a meeting place between therapist and patient, and not as a point of contention that gives rise to resistance.

Me propongo un acercamiento epistemológico al proceso interpretativo entendiendo como tal, en el contexto de este artículo, la modalidad de intervención propia del psicoanalista o del psicoterapeuta dinámico.

Revisando la literatura especializada sobre el tema de la *Interpretación*, encontramos que la mayoría de las aportaciones tienen un enfoque eminentemente clínico o técnico, es decir, se interesan por las modalidades interpretativas, su adecuación al paciente, cómo y cuándo se han de formular dentro del proceso terapéutico en curso, modalidades técnicas de interpretación... (Strachey, 1934), (Racker, 1979), Etchegoyen, 1986), (Coderch, 1987)... En general hay pocos trabajos que se refieran a la reflexión sobre el proceso interpretativo *per se* y a la construcción de esta forma especial de la intervención terapéutica.

Al confrontarnos con la definición y explicación del concepto y del proceso interpretativo, aún dentro del ámbito psicoterapéutico, encontramos en su descripción connotaciones cercanas a lo artístico (Anzieu, 1972), (Sharpe, 1987), (cuando no a lo místico) lo cual evidencia que se trata de un concepto difícil de operativizar. Yo no desmiento que se dé algo en común entre la actividad interpretativa del psicoterapeuta y el hecho artístico-creativo. Este parentesco lejos de incomodar mis principios experimentalistas, débiles por otra parte en mi caso, lo que hace es seducirme aún más por el tema.

De entrada me adscribo a las aportaciones ya clásicas de Levy (1971) y Sharpe (1987) entre otros, entendiendo que cualquier proceso interpretativo comporta un

cambio de código. Vamos a ver en qué consiste este cambio y cual es el código.

EL TERAPEUTA ESTÁ ENTRE LA TEORÍA Y EL PACIENTE.

Trataré de explicar cómo entiendo la actividad interpretativa del psicoanalista o psicoterapeuta inscrito dentro del modelo psicoanalítico.

La interpretación es la forma más propia de intervención verbal del psicoanalista dirigiéndose a su paciente en el cual le ofrece una información nueva acerca de su funcionamiento mental o conductual. Esta nueva información permite descubrir el sentido latente —inconsciente— de aquella conducta o funcionamiento mental.

Un primer momento del proceso, que a la vez se va intercalando a lo largo de la sesión, corresponde a la denominada *atención flotante* del terapeuta, esto es, la forma especial de escuchar al paciente en la que el terapeuta va siguiendo abiertamente el discurso de su interlocutor. Debe matizarse que esta forma *abierto* se refiere a que el terapeuta ha de iniciar su escucha sin nada preconcebido, recordando la inspirada expresión de Bion (1974) con *una negación disciplinada de la memoria y del deseo*.

Esta ausencia de contenidos mentales a la que se refiere Bion, ha de ser transitoria porque en algún momento el terapeuta deberá recuperarse de este vacío y lo que encuentra tiene dos determinantes fundamentales, además de otros secundarios. El primer determinante o estímulo impulsor debe ser lo que aporta el paciente: su discurso verbal, su conducta, lo que transmite con su actitud... y el segundo debe ser su teoría.

Cuando algún dato del paciente remite o hace evocar alguno de los conceptos teóricos de los que se dispone el psicoanalista se dan las condiciones para generar algunas hipótesis. Esta correspondencia se da por una cierta simetría; aquello que está mostrando o diciendo el paciente, es algo que de alguna manera —de manera muy distinta evidentemente— también *dice* la teoría. Nunca tendría que darse lo contrario: hacer decir al paciente lo que explica nuestra teoría.

Lo que debe utilizar el terapeuta para generar hipótesis debe ser prioritariamente —aunque no exclusivamente— su teoría de referencia. Si lo que inspira su hipótesis no es su marco teórico, ya no hablaremos de un proceso científico o técnico. Si se plantea una hipótesis partiendo de las creencias religiosas o ideológicas o incluso del sentido común tal hipótesis puede ser útil i acertada en vistas a dirigir la acción o la conducta, pero no será de cualidad científica o técnica. No estoy otorgando ningún rango de superioridad al referirme a la *cualidad científica o técnica*. Desde el puro pragmatismo lo más importante de una hipótesis en vista a conseguir un fin u objetivo es su operatividad. Si la percepción intuitiva de una madre (basada en la observación inmediata de una conducta junto con el conocimiento que tiene de su hijo y otras posibles habilidades etc.) permite anticipar una inminente trastada del niño, deberemos reconocer que se ha dado un proceso hipotético y que la hipótesis ha sido acertada y ha permitido cumplir el objetivo, dirigir la acción de la madre a

evitar el desaguado.

Ante los contenidos del discurso (verbal y no verbal) del paciente aquel que haya sido elaborado conceptualmente por la teoría del terapeuta será sobre el que recaerá con mayor probabilidad su atención en vistas a pronunciarse interpretativamente. Todo lo que la teoría tiene de explicativa tiene también de restrictiva (Auerhahn, 1979), (Lomas, 1987).

En otras palabras al psicoterapeuta (como cualquier sujeto, científico o no, que esté usando una teoría) le es más fácil identificar y ser sensible —intelectualmente hablando— a aquellos datos de la realidad que correlacionan con lo que él conoce, mientras que puede mostrarse bastante o del todo ciego frente a datos, evidentes para otros, para los cuales no posee una estructura teórica para reconocerlos. Esto ha sido ya explicado suficientemente por la psicología piagetiana referido a la evolución de las estructuras cognitivas. La interpretación reorganiza los datos del paciente según su significado o modalidad organizativa nueva, que tiende a aproximarse a la hipótesis del psicoanalista (Auerhahn, 1979). Si el paciente acepta la interpretación, consecuentemente ambos interlocutores habrán acercado o identificado sus puntos de vista sobre el tema que se ha interpretado (Goldberg, 1988). Si el paciente no la acepta y el analista reconoce que ha errado en la construcción de su hipótesis no le queda otro remedio que, o bien reformular la hipótesis en otro sentido, conservando el mismo concepto teórico matriz, o buscar dentro de su repertorio conceptual otro constructo que sea más adecuado.

Es evidente que este acercamiento ha de darse bilateralmente. No se trata que el terapeuta se apoltrone en su teoría y desde ella *comprenda* o interprete. El terapeuta siempre ha de ir en busca del paciente. Doy por obvio y no me detendré a considerar, el hecho que el paciente rechace la interpretación debido a las resistencias.

En la aceptación o rechazo de la interpretación hay diversas variables implicadas: resistencias, deseos de agradar, formulación errónea por parte del analista...etc., pero quiero tratar especialmente el por qué o cuando es que el paciente acepta la interpretación y ésta genera *insight* o un conocimiento nuevo. Aludiría aquí, de nuevo, al principio de correspondencia entre aquello que formula el psicoterapeuta y aquello que, aún sin habérselo explicitado nunca, forma parte de la experiencia del paciente. Es en estas condiciones cuando se da el *reconocimiento* por parte del paciente de aquello que le propone su interlocutor. Es decir que la estructura básica (implícita o explícita) de la propuesta interpretativa coincide con la estructura implícita del conocimiento o experiencia del paciente. Si no se da esta coincidencia, difícilmente la interpretación llegará a ser operativa.

A veces es necesario ir creando en el paciente, dentro del proceso de interacción terapéutica, estas *categorías* que permitirán, captar y organizar la información que le da el terapeuta. Auerhahn (1979) comenta que el paciente internaliza a lo largo del proceso terapéutico las *reglas* que le transmite su terapeuta

y que acaba incorporando el lenguaje de éste. Eso podría tener un efecto bumerang de invalidación de la comunicación psicoterapéutica ya que esta asimilación del lenguaje o principios explicativos por parte del paciente puede derivar en sometimiento intelectual, con lo cual estamos en el terreno de la sugestión y no de la comprensión.

Dejando al margen los riesgos indudables volvamos a situarnos sobre el tema del terreno común que han de compartir terapeuta y paciente para que se de la comunicación terapéutica operativa.

Pongamos, por ejemplo, si al paciente nunca se le ha ocurrido pensar que las experiencias de su infancia son importantes para comprender mejor lo que está ocurriendo ahora, deberá *enseñársele* este axioma con el que está trabajando el terapeuta; sólo a partir de que incluya dentro de sus constructos cognitivos este principio, podrá comprender y registrar operativamente determinadas interpretaciones del terapeuta. Y así con todos los conceptos clave de la teoría con que trabaja el terapeuta; en este sentido de forma explícita le estamos mostrando al paciente las leyes de su funcionamiento mental. Siguiendo de nuevo a Auerhahn, el papel del terapeuta consiste en articular la teoría que pretende ser una explicación general a lo particular de cada caso. Para que se produzca cualquier comunicación operativa, de influencia o enseñanza, se han de dar unos supuestos comunes, un lenguaje, conceptos o significados compartidos, si esto no se produce, no hay comunicación o intercambio intelectual.

Influir interpretativamente no significa hacer creer o someter a la fuerza el intelecto del paciente a la teoría del terapeuta, sino dar una explicación (hipotética si se quiere) o un sistema explicativo asequible a la comprensión del paciente y que le permita reorganizar de nuevo sus conocimientos y comprender de manera distinta aquello que quizá ya sabía, pero que se explicaba erróneo parcialmente o simplemente no se podía explicar. Si imaginamos un paciente intentando explicar su conducta sintomática, seguro que su explicación será muy distinta de la que le dará su psicoanalista.

Para que se produzca la aceptación de la hipótesis interpretativa por parte del paciente se ha de dar un cierto acuerdo del orden del convencimiento, o “un significado común compartido” (Weisheimer, citado por Frank, 1990). Este convencimiento o *convicción* a la que me refiero es distinta de la creencia o credulidad, de la verdad en sentido filosófico o de la realidad en sentido científico o filosófico. Entiendo aquí la convicción como una correspondencia intelectual entre un constructo o contenido de la mente del terapeuta (interpretación) y algún contenido mental el paciente. Tiene un sentido puramente operativo e incluso coyuntural. Digo coyuntural porque puede ser reemplazada por otra que se demuestra más operativa y esto es lo mismo que decir que la “verdad” de la interpretación puede caducar (Etchegoyen, 1986). Esta provisionalidad no entraña defecto sino que es propia de todo proceso dinámico y de crecimiento. El terapeuta podrá ampliar o matizar su interpretación a la luz de nuevos datos que vaya consiguiendo de su paciente.

Entiendo la actividad interpretativa en el sentido que propone la hermenéutica, como una búsqueda de significados, no de *verdades* (Levy, 1971). Estos significados —cognitivos, experienciales y afectivos— los considero un sistema de relaciones lógicas que sirven (a veces sólo provisionalmente) para explicar mejor unos hechos o datos del paciente. El psicoanalista ha de demostrar que con su explicación (interpretación) se *atan más cabos*, aunque no sean todos, que con la explicación que se da al paciente y que además su hipótesis puede ser falsable, al estilo (y con perdón) de Popper.

CÓMO EXPLICA EL PACIENTE Y CÓMO EXPLICA EL TERAPEUTA

Pensemos a partir de un sencillo ejemplo: un paciente obsesivo cuyo síntoma se expresa dedicando una gran parte de su tiempo contabilizando matrículas de automóviles cuando va por la calle. Él nos explica que imagina que esta actividad le dará buena suerte, le distrae, es una forma de llenar el tiempo. Por otro lado está agobiado por su comportamiento y convencido de la irracionalidad del mismo y de la falta de lógica de sus explicaciones, ya que en realidad no necesita distraerse ni llenar el tiempo con esto.

Hipótesis del psicoanalista: Quiere distraerse, ¿pero de qué?, ¿que es lo que pretende llenar, el tiempo su mente? Si así fuera, ¿por qué necesita tener su tiempo o su cabeza ocupada?, quizá por miedo a que se le ocupe con otro tipo de pensamientos? ¿cuáles? Llegados a ese punto o recurrimos a las informaciones que poseemos del paciente o recabamos más información de él o examinamos sus asociaciones dentro de la misma sesión o damos un salto arriesgado y nos atrevemos a suponer algo o, simplemente, seguimos esperando más material.

En este caso la suposición se basó en que, de lo que el paciente quería “distraerse” era de no mirar mujeres y tener deseos o fantasías libidinosas que le culpabilizan y le hacían sentir infiel respecto a su esposa. Si dirigía su mirada a la matrículas de los coches, esto le ayudaba a evitar el mirar a las chicas y la contabilización continua de los números realmente ocupaba su cabeza de una manera no culpabilizante y de esta forma evitaba el asalto de pensamientos indeseables. Es decir, podía controlar su fantasía.

A partir de esta interpretación tomaba más sentido el síntoma y las explicaciones a primera vista incoherentes que se daba el paciente. En realidad, las explicaciones que él se daba eran parcialmente buenas pero no sabía como acoplarlas a su conducta obsesiva. Por lo tanto, y dicho en un lenguaje muy prosaico, la explicación del psicoanalista “ataba más cabos” que la del paciente, y si no era cierta, por lo menos era convincente y generó cambios.

Ciertamente el terapeuta trabajó con su modelo teórico que le explica los procesos de sustitución, desplazamiento, represión, contenidos inconscientes, mecanismos de defensa frente a contenidos inaceptables, etc.

Dejándose inspirar solo por el sentido común difícilmente hubiera podido ir

más allá que el propio paciente y desde un posicionamiento estrictamente racionalista se hubiera desgastado tratando de convencer al paciente de su falta de lógica, cosa que el paciente también tiene claro en general y en tal caso la única arma del terapeuta sería su capacidad de imposición o sugestión sobre el paciente. La interpretación no pretende sugestionar sino explicar.

Vemos pues que la capacidad interpretativa, o mejor, la interacción interpretativa (porque es un verdadero feed-back), supone encontrar un punto o campo común o consenso entre el conocimiento del psicoanalista y del paciente y esto implica un acercamiento mutuo, no sólo unidireccional. El punto de llegada se constituirá en un nuevo punto de partida para seguir avanzando ya que a partir de la novedad que supone este conocimiento se generaran nuevas observaciones o percepciones en el paciente y el psicoanalista.

¿PARA QUÉ LE SIRVE AL TERAPEUTA SU TEORÍA?

Con este anunciado un tanto provocador me refiero al uso de la teoría continuando dentro de la relación terapéutica. Ya me he pronunciado respecto a que considero mejor, más prudente, que un terapeuta trabaje con algún modelo de referencia, pero si aún así me lo planteo, es por el hecho de que no siempre la teoría (por válida que sea) es *buena* en manos de cualquier terapeuta. Es más, podríamos decir que la relación al paciente una teoría no es ni buena ni mala, dependerá del uso que haga el terapeuta de ella para que devenga útil o nefasta. Me pregunto acerca del equilibrio que ha de mantenerse —y que depende fundamentalmente del terapeuta— entre la teoría y el paciente.

Me gusta decir que entre el paciente y el terapeuta está la teoría (que permite comprender), pero que, entre el paciente y la teoría también ha de estar el terapeuta. Creo que esta paradoja es descriptiva de la complejidad del rol terapéutico.

En coherencia con lo escrito hasta aquí diremos que la teoría ayuda al terapeuta a interpretar. Diremos también que, lo que en general, define a un terapeuta, es su adscripción a determinada teoría y eso a su vez, guarda coherencia con el hecho que el terapeuta aplica una técnica. Cualquier técnica psicoterapéutica es tributaria de un modelo explicativo de la personalidad, la evolución o la patología. Vamos a considerar la elación entre el terapeuta y su teoría, siguiendo la perspectiva epistemológica que nos hemos propuesto desde el inicio.

Estamos de acuerdo en que el terapeuta es el puente que articula los conocimientos teóricos con la experiencia concreta de su paciente (Auerhahn, 1979). Pero esta armonización no tiene porque ser fácil, hay infinidad de momentos —casi todos— dentro del proceso terapéutico que, el ajuste entre lo que sabemos a partir de la teoría y los datos que estamos percibiendo del paciente, no correlacionan, ¿a quién escucha el terapeuta en esta situación? La sabia decisión salomónica no nos sirve en este trance.

El terapeuta está comprometido a hacer una intervención (mejor que sea una

interpretación si se trata de un psicoanalista) y esto implica decidirse por una respuesta atendiendo a las dos partes (teoría y paciente). Dar prioridad a lo que dice la teoría por encima de lo que nos muestra el paciente, no deja de ser una salida, pero no la mejor. En este caso estamos sometiendo —alienando— al paciente a nuestro modelo de conocimiento, en este caso nos estamos apartando del paciente quizá porque nos resulta más fácil comprender los conceptos teóricos que comprenderle a él. Quedarnos al lado del paciente sin teoría, tiene también sus riesgos, uno de ellos puede ser el utilizar la ideología para llenar el vacío teórico.

No hay una teoría válida para todos los pacientes, ninguna lo es del todo para ningún paciente. Corresponde al terapeuta construir un modelo explicativo para cada uno de los pacientes, aún partiendo de una teoría previa.

Podemos pensar que estamos describiendo un poder ecléctico y no es eso. El ecléctico, entiendo yo, no tiene un único modelo como punto de partida. En mi descripción me refiero al terapeuta que se adscribe a una determinada corriente y a las contradicciones a que le puede llevar su propia elección cuando la pone en práctica.

En el fondo estoy tratando acerca de las limitaciones y competencias de nuestros sistemas teóricos y acerca de las limitaciones e incompetencias de los terapeutas cuando los aplicamos. Confundir el propio modelo explicativo de una determinada realidad con la realidad misma es un craso error, propio del inexperto dogmático.

No abogo por el escepticismo sino por un posicionamiento coherente y estricto, dentro de un determinado modelo pero sabiendo cuales son sus limitaciones.

La teoría facilita al terapeuta un cuerpo de conocimientos ya probados o por lo menos consensuados que le permiten observar con más facilidad algunos aspectos (le ciega en otros), anticipar conductas, construir hipótesis... en fin le da una parte del trabajo elaborativo hecho, no tiene porque descubrir el Mediterráneo, pero puede empezar su aventura más allá. Ésta es la comodidad o la ventaja del que se adhiere a alguna modalidad teórica reconocida.

No sé exactamente cuales son las aptitudes que necesita el buen terapeuta para mantenerse en la distancia óptima entre su teoría y su paciente, pero supongo que interviene en ello su experiencia o madurez profesional, pero aunque esto sea lo más determinante no es suficiente, creo que intervienen también su inteligencia, lucidez, capacidad autocrítica, flexibilidad mental, cultura psicológica, honestidad... puestos en este plan podría parecer un oficio casi imposible y no pensaba yo llevar las cosas hasta este extremo.

La teoría es un punto de partida y un punto de llegada pero sobretodo ha de ser un punto de encuentro con el paciente.

La cuestión de la interpretación es crucial en la teoría y la praxis psicoanalítica. Sin embargo, raramente se tratan las cuestiones relativas a su fundamentación como actividad constructiva de hipótesis y su utilización en psicoterapia. El artículo plantea el problema de la distancia óptima entre teoría del psicoanalista y paciente, y aboga para que la primera sea un punto de encuentro entre ambos en lugar de una fuente de resistencia.

Referencias bibliográficas:

- ANZIEU, D. (1972). Dificultad de un estudio psicoanalítico sobre la interpretación. *Revista de Psicoanálisis*, XXIX, 2, 253-282.
- AUERHAHN, N. (1979). Interpretation in Psychoanalytic Narrative: A Literary Framework for the Analytical Process. *International Review of Psycho-Analysis*, 6, 423-436.
- BION, W.R. (1974). *Atención e interpretación*. Barcelona: Paidós
- CODERCH, J. (1987). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- ETCHEGOYEN, H. (1986). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu.
- FRANK, J. (1990). Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicologías. En M. J. Mahoney (ed.), *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- GOLDBERG, A. (1988). Une vue partagée du monde. *Revue Française de Psychanalyse*, LII, 5, 1069-1076.
- LEVY, L. (1971). *La interpretación psicológica*. México: F.C.E.
- LOMAS, P. (1987). *The Limits of Interpretation*. Northvale: Jason Aronson Inc.
- RACKER, H. (1979). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- SHARPE, R.A. (1987). Psychoanalysis and Narrative: A Structuralist Approach. *International Review of Psycho-Analysis*, 14, 335-342.
- STRACHEY, J. (1934). The Nature of the Therapeutic Action of Psycho-Analysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 15, 127-159.

