

## **COMENTARIOS A LA CONFERENCIA DE ANTONIA GRIMALT**

### **"RETOS DE LA REVERIE DEL ANALISTA. LA ATENCIÓN BI-OCULAR"**

Antonia nos sorprende en su ponencia uniendo diversos sentidos: lo auditivo, lo visual, las palabras... nos muestra cuadros, acompañados de la sonata poética "Revery" de *Debussy* quien consideraba que *la música era el espacio entre las notas* y como ella muy bien señala a colación: *"entre las notas de las palabras habladas quedan la "reverie" de paciente y analista"*.

Hoy, en nuestro encuentro, con su presencia, con su trabajo que nos ha despertado los sentidos... estoy segura de que también seremos capaces, entre todos, con las palabras habladas de crear y/o profundizar en nuestro pensamiento psicoanalítico.

Antonia nos presenta un trabajo espléndido, de una enorme profundidad y riqueza, que nos introduce en cómo afronta ella el reto de la reverie con sus pacientes. Nos explica cómo su forma de observar, recoger, entender y trabajar el sufrimiento humano, su "estar" con el paciente, se basa; en una escucha activa, una espera contenedora, una intervención respetuosa y no invasiva que, vía la construcción del vínculo en el encuentro con el paciente, propende a la creación de tejido psíquico.

Antonia nos habla de aportes de varios autores como Tustin, Coromines, Steiner, Brown... pero sobretodo nos presenta una riquísima y profunda articulación de conceptos bionianos.

Menciona lo protomental, las funciones alfa y beta, los pensamientos no nacidos, la reversión de perspectiva, el continente-contenido, la alucinosis... y muchísimos más...

Pero sobre todo al principio de la conferencia, ya nos anuncia que va a ilustrar su perspectiva del trabajo analítico en relación a la articulación de dos conceptos:

- en primer lugar el concepto de **reverie materno**, como analogía que establece Bion con el proceso de contención analítico

- en segundo lugar el concepto de **atención bi-ocular** que como nos explica, es lo que permite construir una mente receptiva posibilitando metabolizar las experiencias protomentales o pensamientos no nacidos que aún no tienen lugar en el espacio mental.

El trabajo de Antonia nos da pie a pensar múltiples temas, insisto, es muy profundo estimula a leerlo muchas veces.

Voy a comentarle algunas cuestiones que me ha sugerido su presentación para poder seguir pensando y aprendiendo con ella.

Lo voy a hacer desde tres vertientes que, si bien, son indivisibles en la realidad de las intervenciones, me permiten expresarlo de una forma más operativa.

1 – En primer lugar; desde el trabajo con el paciente.

2 – En segundo lugar; desde lo que se despierta en el analista.

3 - Aunque es lo primero de lo que ella nos habla, desde las transformaciones en la cultura y en lo social.

### **1- Comenzando desde el trabajo con el paciente**

Antonia hace hincapié en la importancia del encuentro de la díada madre-bebé y de lo que sucede cuando este encuentro es problemático; cuando lo senso emocional proyectado por el bebé no es acogido o es acogido inadecuadamente por la madre para transformarlo vía identificación empática en algo más tolerable, camino a ser entendible. Se produce entonces, un "desencuentro", que genera una fragilidad de los procesos integradores que constituyen la base del self, cuyo resultado son sectores de la personalidad sin conciencia de las emociones (sin ligazón con la representación) y que se manifestarán bajo evacuaciones diversas.

Antonia, a mi entender plantea algo nodal para el trabajo en la clínica, ¿Por qué? porque nos introduce de lleno en una diferencia fundamental de cara a cómo nos posicionamos ante nuestros pacientes: la diferencia que hay entre la clínica del conflicto y la clínica vinculada al déficit.

La clínica del conflicto estaría relacionada con:

- Lo edípico, triangular.
- La represión como mecanismo de defensa predominante.
- Por lo tanto el síntoma sería el retorno de lo reprimido.
- Hay un Yo que se ha constituido y está en conflicto con otras instancias, aunque se dé un fallo en su estructuración que da lugar a lo sintomático, hay una evolución en el mismo.
- En este marco de constitución subjetiva de un aparato psíquico evolucionado podemos usar para intervenir la interpretación para aliviar la angustia (y/o ayudar a "destrabar" el conflicto).

En cambio en la clínica del déficit, que tiene que ver con lo no constituido aún, estamos ante:

- Un fallo serio en las relaciones primarias, vivencias tempranas impedidas, un funcionamiento más desde lo dual que hace que el paciente primeramente necesite o busque un Yo Auxiliar que contenga.
- Habrá un narcisismo muy vulnerable y muy frágil.
- Los mecanismos de defensa que operaran predominantemente ante esta situación serán la escisión y la Identificación proyectiva.
- Y en lo que manifiesta el paciente estará presente el retorno PERO de lo escindido, de lo que nunca puede ser tejido e integrado en el psiquismo.

Después, como todo en la clínica, la división no es tan tajante y como Antonia también mencionaba un aporte de Bion: en toda personalidad existen formas de funcionamiento simbólico y no-simbólico aunque unos y otros predominan en determinados pacientes y en determinados momentos.

Por tanto, cuando nos encontramos con un psiquismo con características más vinculadas al déficit, Antonia nos propone no apresurarnos a interpretar, sino observar, escuchar, recoger y devolver las identificaciones proyectivas para, una vez pasadas por la psiquis del analista, hacer un trabajo de digestión para que puedan ser tolerables. *Preparar un continente en condiciones*, no saturando la posibilidad de evolución por apresurarse, esto es parte de la reverie del analista.

Lo que nos expone Antonia es muy importante y a mi entender y al de muchos colegas que he escuchado, es inmensamente más difícil de hacer que interpretar lo edípico. Aunque busquemos llegar a éste punto en un futuro que el psiquismo del paciente se vaya estructurando que evolucione a una capacidad simbólica suficiente a un crecimiento mental que le permita recibir esta intervención.

En este sentido, mencionaba ella, algo que me parece interesante y que quizás nos sería muy útil si nos lo pudiera detallar un poco más: *"en las dificultades de elaboración de la emoción, cuando hay resultados negativos y fracasa la transformación de elementos senso emocionales primitivos hacia símbolos, quedan áreas mudas de esos enclaves sensoriales no integrados, desprovistas de sentido..."*, nos sugiere que se van a manifestar por medio de diferentes cualidades y habrá que tener en cuenta diferentes tiempos para abordar:

- por un lado nos menciona lo corporal (entiendo que tiene que ver con la base de enfermedades psicosomáticas)
- y otras que se articulan de manera confusa con otras vivencias internas que corresponderían a ecuaciones simbólicas.

Estos fracasos evolutivos en la transformación de experiencias son los que dan lugar a diversas manifestaciones en la clínica, como pueden ser: el ataque al vínculo, la reversión de la perspectiva, escisiones no evolutivas y normales, sino más bien la imposición de lo estático, vacío de emoción, dolor no mentalizado, tendencia a lo alucinatorio...

Quería pedirle si podría compartir con nosotros algunas experiencias aunque sea esquemáticamente, en las que se vean esas diversas cualidades, como ha trabajado con el paciente tejiendo un camino a la simbolización, habiendo partido de puntos de turbulencias sensoriales... enormes vacíos... o apariencia de vacíos...

Porque además, menciona Antonia, casos paradójicos de pacientes con estupendo funcionamiento en sus vidas profesionales, pero muy concretos en sus análisis y nos hacía referencia a los conceptos de concreción interactiva y de concreción topográfica.

¿Cómo ha manejado la dinámica bi-ocular en los tiempos de intervención?

(Le pido esto esquemáticamente, asumiendo lógicamente que dar cuenta de los momentos de un proceso analítico excede ampliamente las posibilidades de este espacio)

## **2- En segundo lugar, desde lo que se despierta en el analista**

El analista debe sostener un lugar que es delicado, el de depositario de las identificaciones proyectivas del pacientes para pasarlas por su psiquis, depurarlas y devolverlas de forma desintoxicada al paciente.

Esto me sugiere la figura de un analista disponible, es importante que el analista pueda "sentir con el paciente", creativo (mas allá de las teorías, trabajamos con el caso a caso), un analista que entregue a la aventura, a transitar por las oscuridades pero a la vez sosteniendo una solvencia interna, transmitiendo y trabajando que no será una reedición de la fusión-confusión como pudo haber vivido el paciente en vínculos inaugurales.

Es muy importante destacar que la función de reverie implica el tercero, es trascendental la ensoñación... imaginar al otro, pero teniendo en cuenta lo que difiere de nosotros mismos.

Así como el paciente evidencia una serie de manifestaciones en el encuentro con el analista, al analista también le suceden cosas, se le mueven aspectos en el encuentro con el paciente (que tiene que ver con el paciente y/o con la propia historia del analista)

Antonia nos plantea cómo *"en el trabajo con pacientes fuera del espectro neurótico es posible que se dé en el funcionamiento mental del analista estructuras contra defensivas"*. Yo quería preguntarle: ¿cuáles son y cómo serían

las manifestaciones ante esta situación?, ¿Cómo hace para que esto redunde en un beneficio para la estructuración subjetiva del paciente y la marcha positiva del tratamiento?

### **3- Por último, pero no por ello menos importante, en relación a las transformaciones en la cultura, en lo social**

Plantea al principio de su ponencia que se han dado transformaciones en la cultura que han llevado a que hoy en día veamos en la clínica diaria patologías menos neuróticas, esta es una realidad que a todos se nos está presentando. Me interesa preguntarle: desde su particular lectura ¿Cuáles han sido o son a su entender las transformaciones en la cultura que generan ese efecto que vemos de patologías menos neuróticas?

Esta cuestión también me lleva a plantearle el tema de los marcos de trabajo, los encuadres de los tratamientos en estas épocas de crisis: pero no solo de la económica, sino de la inmediatez, la negación de la subjetividad y la imposición cada vez mayor de manualizaciones, protocolos, estandarizaciones, medidas...

Ud. nos menciona en varias oportunidades en su ponencia la "*importancia de un marco de trabajo claramente constituido*", donde captar los detalles para integrarlos, nos habla del tiempo que lleva conseguir descubrir/construir el sentido detrás de una erupción afectiva o de un aparente vacío.

Como decía, la función fundamental del analista es de mantener una modalidad bi-ocular, de atención a dos perspectivas: lo consciente e inconsciente pero en la mente del analista, permitiendo el vacío y manteniendo la disyunción para no colapsar en la inmediatez del "ahora", como nos decía "*habilitar estas pausas entre notas, este vacío donde se va a generar la posibilidad de un espacio psíquico auténtico, donde las experiencias a la sombra van a poder ser representadas*".

Es una forma de trabajar, bajo la constancia y la ritmicidad que a mi entender es absolutamente cuidadosa con el sufrimiento de los pacientes, con los tiempos internos y propios de elaboración que tenemos cada ser humano mas allá de las imposiciones sociales y los tiempos cronológicos. Quizás "abusando y estirando"

un poco el término bi-ocular: ¿cómo se puede (y si Ud. cree que se puede) con un ojo tener en cuenta esta forma de abordaje del sufrimiento de nuestros pacientes y con el otro ojo tener en cuenta los momentos actuales que estamos viviendo?, en el que no se suelen dar las condiciones clásicas de los tratamientos psicoanalíticos, muchas veces ni en ámbitos privados.

Para finalizar, no puedo dejar de pensar en una buena parte de nuestro público, que trabajan en diferentes ámbitos: en la red pública, en la consulta privada, servicios sociales, con temas de adopciones, acogimientos, mujeres en exclusión social, etc.

Este enfoque, nos permite muy bien entender y trabajar lo deficitario, lo no constituido aún ¿podemos ser suficientemente creativos para dar continuidad a estos valiosos marcos conceptuales en tiempos de cambios?, ¿cree que podremos potenciarlos y trabajarlos en dispositivos donde, justamente lo que más se presentan son los pacientes con un déficit serio y grave en su constitución subjetiva?

Cuéntenos, si es posible ¿cómo nada Ud. en estos mares Antonia?!!

Muchas gracias!

Alejandra Perinotti, en Bilbao a 30 de septiembre de 2017.