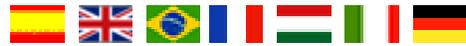


PROCESO PSICOANALÍTICO Y TRAUMA¹.



Joan Coderch.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOANÁLISIS, BARCELONA

La idea que desarrollo en este trabajo es la de que las vivencias traumáticas son, a la vez, inevitables e indispensables, en el curso del proceso analítico. Pero afirmo que esto no ha de comportar una visión de este proceso como un trance doloroso que el paciente ha de atravesar forzosamente para modificar su estado psíquico, ni menos como una suerte de expiación de culpas, sean estas depresivas o persecutorias, como ocurre en ciertas orientaciones psicoanalíticas. Lo que yo sostengo es que el proceso psicoanalítico merece ser vivido como una ocasión excitante y lúdica, aunque comporte cierto grado de sufrimiento que no desmerece el goce que se experimenta. Podemos compararlo, para mejor comprensión, con lo que ocurre en las carreras atléticas llamadas “de fondo”, las famosas “Maratones Populares”, en las que miles de personas, sin retribución ninguna y aun debiendo pagar por su inscripción, corren alegremente por el placer de correr, pese a que, tanto en los entrenamientos imprescindibles como en el día de la prueba, han de soportar cierto grado de padecimiento. Finalmente se incluye una ilustración clínica.

Palabras clave: Proceso psicoanalítico, Trauma

The idea that is developed in this paper is that traumatic experiences are simultaneously, inevitable and essential, in the course of the psychoanalytic process. However, I believe that this does not mean that the process must be viewed as a painful process that the patient must necessarily go through to modify his/her psychic state. And even less so, as a kind of atonement for guilt, whether it be a depressive or persecution complex, as occurs in some psychoanalytic orientations. What I sustain is that the psychoanalytic process deserves to be approached as an exciting and entertaining occasion, even though it contains a certain degree of suffering however this nothing compared to the joy that is experienced. In order to understand this better, we can compare it to what occurs in athletic cross-country races; the popular “marathons”, in which thousands of people, without any economic compensation, and in which in order to participate they even must pay for an inscription, run happily for the pleasure of running, even though, both during the training necessary and on the day of the race, they must tolerate a certain degree of suffering. To end, a clinical illustration is included.

Key Words: Psychoanalytic Process, Trauma

1. REFLEXIONES PREVIAS.

No podemos evitar que el proceso psicoanalítico destinado a obtener unas modificaciones positivas en la mente del sujeto que pide ayuda, posiblemente a causa de las situaciones traumáticas vividas en la infancia,

1.- Conferencia leída en el INSTITUTO DE PSICOTERAPIA RELACIONAL, Madrid, 7 de mayo de 2010, dentro del ciclo “Perspectivas de lo traumático”.

comporte un nuevo trauma, o expresado con mayor amplitud, diversas y múltiples situaciones traumáticas. Esto no debe producirnos mayor extrañeza. Un organismo vivo de nivel superior, como es el ser humano, requiere inexorablemente ser sometido a estímulos estresantes para desarrollarse y adquirir fuerza y vigor a través de la superación de los mismos. Si un niño/a estuviera siempre en los brazos, de su madre o de quien fuera, los músculos de sus piernas no incrementarían su tamaño ni se fortalecerían, y jamás llegaría a ser capaz de andar. El atleta somete a su organismo a situaciones estresantes de gran dureza, obligándose, por ejemplo, a correr largas distancias, o cortas distancias con gran esfuerzo explosivo, y con ello su organismo adquiere una energía vital y una potencia muscular en las piernas que no serían posibles sin ello. Cuando se pretende mejorar el estado físico de una persona, incrementar su resistencia frente a las enfermedades intercurrentes como los resfriados, aumentar su capacidad cardio-respiratoria, disminuir su tensión arterial, incrementar su resistencia al cansancio, etc., dotarle de mayor fuerza muscular, etc., no le aconsejamos que viva entre algodones y pase la mayor parte del día confortablemente tumbado, sino que le advertimos que debe acudir a un polideportivo y someterse allí a ejercicios fatigosos, tales como nadar, practicar aeróbic, bicicleta estática, etc., o que salga al aire libre a correr o practicar el ciclismo de montaña, el sky, etc.

Consecuentemente, mejorar el estado psíquico de una persona y fomentar su crecimiento mental no se consigue tan solo con buenos consejos y una actitud afectuosa, aunque evidentemente, hay casos límites, por la edad o por el tipo de perturbación, en los que no cabe otra posibilidad, sino poniendo a trabajar su mente, sometiéndola a cierta tensión y exigiéndole que tome parte en un tipo de relación que le ofrecemos y que, a través de las experiencias de interacción que en la misma vive, modifique sus esquemas mentales, sus principios organizadores y las expectativas que de las mismas se derivan, y aprenda nuevas pautas de relación que substituyan las antiguas, etc. En una palabra, que, a través de la interacción que le ofrecemos, aprenda nuevas formas de “estar” con los otros y, dicho de una manera más precisa, modifique lo que en la actualidad denominamos su “conocimiento relacional implícito”, mediante la interacción de éste con el conocimiento relacional implícito del terapeuta.

Como es obvio, el analista, dentro del modelo relacional, intenta que la situación traumática inevitable que presupone todo tratamiento de orientación dinámica no sobrepase los límites necesarios, imprescindibles y soportables para el paciente, de la misma manera que el entrenador físico ajusta la cantidad de esfuerzo adecuado para cada sujeto. Esto es lo que yo pretendo con este trabajo, aportar algún conocimiento para que sea posible lograr que las vivencias dolorosas que experimenta el paciente a lo largo del tratamiento, sean de una índole que pueda ser tolerada por el paciente. Si este último siente que el proceso es demasiado doloroso para él, tan sólo se consigue una apariencia de modificación o cambio sobre un fondo de sometimiento y sumisión. Creo que si el terapeuta no cuida suficientemente los traumas que conlleva un proceso analítico, lo que se produce es una retraumatización del paciente que se añade a los traumas infantiles que han dado lugar al déficit del *self* y a los sufrimientos que le han llevado a pedir ayuda.

Contrariamente a opiniones fundamentalistas dentro el psicoanálisis para las cuales el cambio psíquico sólo se consigue con el dolor mental, mi enfoque es que el tratamiento, para ser verdaderamente efectivo ha de desplegarse en un ambiente estimulante, hasta cierto punto excitante y lúdico por el atractivo que siempre han de despertar, al mismo tiempo, la investigación de la propia mente y las posibilidades de lograr una vida razonablemente más satisfactoria. De la misma manera podemos decir, siguiendo el ejemplo que he expuesto al principio, que un aficionado a participar en las maratones populares experimenta cierto sufrimiento físico cuando fuerza su organismo en los entrenamientos y en el día de la prueba, pero le divierte hacerlo, aunque nadie le obliga a hacerlo.

2. LOS ASPECTOS FORMALES DEL TRATAMIENTO.

2.1. LAS VIVENCIAS POSIBLEMENTE TRAUMÁTICAS Y QUE PUEDEN SER EVITADAS.

Hay tres aspectos de la técnica psicoanalítica tradicional que son especialmente traumáticos para el paciente y que, dentro del modelo relacional que yo propugno deben ser objeto de un replanteamiento radical: a) la llamada “distancia analítica”; b) el concepto de la interpretación basada exclusivamente en los datos del paciente y, c) aquello que se considera que son las tres reglas fundamentales del encuadre, o sea,

anonimato del analista, abstinencia y neutralidad (Greenberg, J., 1986; Renik, O., 1995; Coderch, J., 2010). El tiempo no me permite más que una breve mención de cada uno de estos puntos.

- a) La llamada “distancia analítica”, es decir una actitud de reserva, ausencia de cualquier muestra de afecto y simpatía, y abstención de cualquier intervención que no sea para interpretar o preparar una interpretación, con el argumento de que ello impediría el desarrollo adecuado de la transferencia, es una de los factores más traumatizantes que pueden darse en el proceso analítico. Mi abordaje, dentro del modelo relacional, es adoptar la misma actitud amable, afectuosa y familiar que tenía Freud con sus pacientes.
- b) Las interpretaciones son particularmente traumatizantes cuando se formulan en una dirección exclusivamente unilateral, del analista al paciente, como algo originado tan sólo en los datos que provienen de las asociaciones del paciente, y cuando cualquier observación de este último sobre ellas es recibida como únicamente una nueva asociación para ser interpretada. Más adelante volveré a referirme a las interpretaciones dentro del modelo relacional.
- c) Las que durante generaciones de analistas han sido consideradas reglas clásicas del encuadre analítico, anonimato del analista, abstinencia y neutralidad fueron, en su origen, únicamente “principios orientativos” dados por Freud a los médicos que practicaban el análisis, de ninguna manera reglas inflexibles a cumplir de manera extremada tal como han llegado a ser dentro del psicoanálisis tradicional (Freud, S., 1912, 1915). Aplicados estos principios de manera humana y comprensiva, tal como los aplicaba Freud y como es propio del modelo relacional, son fácilmente soportables para los pacientes y escasamente traumatizantes: el anonimato no ha de llevar al analista a presentarse como una figura alejada, oscura y misteriosa de la que sólo se conocen las interpretaciones que formula; la abstinencia no ha de ser equivalente a privación absoluta al paciente de sus necesidades de afecto y comprensión humana, y la neutralidad no debe ser entendida como alejamiento, desinterés por las circunstancias de la vida real del paciente y falta de implicación emocional.

2.2. LAS INEVITABLES SITUACIONES MODERADAMENTE TRAUMÁTICAS.

Ahora bien, el mismo hecho de solicitar ayuda por causa de trastornos emocionales o del carácter, del tipo que sean, constituye ya una situación traumática para el sujeto, y de esto tenemos buen conocimiento los profesionales porque, en muchas ocasiones, es lo primero que nos dicen los pacientes cuando los recibimos en nuestras consultas. Suelen hablarnos de lo que les ha costado decidirse, del tiempo que han tardado en llevar a cabo la resolución, de la extrañeza que les produce hablar de sus problemas personales con un desconocido para ellos, etc. La metodología propia del proceso, diferente del trato habitual entre las personas dentro del medio socio-cultural que compartimos, y de la que continuaré hablando, también contribuye a la vivencia de esta situación como traumatizante.

Más adelante, una vez iniciado el tratamiento, el entramado al que han de ajustarse las relaciones paciente-analista es también, para muchos, difícil de soportar. El paciente debe organizar su vida de acuerdo con el horario establecido de dos, tres o cuatro sesiones semanales con las dificultades que esto conlleva, y aunque el analista mantenga una actitud flexible y abierta, tal como yo propugno, frente a las incidencias que pueden surgir en la vida del paciente y que le obliguen a solicitar algún cambio horario por causas que él siente justificadas, queda claro, desde el principio, que esto sólo puede tener lugar ocasionalmente, y siempre que el terapeuta lo crea adecuado y se lo permita su propia disponibilidad de tiempo. No sería posible llevar a cabo un tratamiento si el analista dejara que el paciente manipulara las horas a su antojo. Y por ello el paciente, además de verse obligado a acomodar su vida al horario pactado, lo cual en ocasiones puede llevarle a sacrificar otras actividades o un tiempo de descanso, renuncia a parte de su libertad cuando decide aceptar los horarios e iniciar el tratamiento. Y al hablar del coste emocional y práctico de esta aceptación, dejo de lado los enfoques analíticos tradicionales en los que cualquier petición de modificación puntual del horario es considerada como motivada por las resistencias, la agresividad y la rivalidad del paciente, por lo que la demanda debe ser interpretada en este sentido, pero no satisfecha.

3. EL ESPÍRITU DE NEGOCIACIÓN

Según mi juicio, y para evitar en lo posible que el tratamiento sea vivido como un sometimiento, desde un comienzo el espíritu de negociación debe presidir las relaciones paciente/analista, siendo a este último al que incumbe la principal responsabilidad en el establecimiento de tal espíritu. Debe ser negociado el encuadre: número de sesiones a la semana, horarios, honorarios y también las condiciones metodológicas del encuadre, entradas y salidas del consultorio, empleo o no del diván, interrupciones, fechas de vacaciones, etc. Por lo que se refiere a la frecuencia de las sesiones, considero que la imposición de un número semanal de ellas por encima de los deseos del paciente y que le obligue a un esfuerzo excesivo, tanto en el aspecto económico, como en del tiempo, es contraproducente. Explicaré el por qué.

Todo proceso psicoanalítico, como toda psicoterapia es, ante todo, una experiencia emocional. No se gana otra cosa más que una comprensión intelectual de la mente si tanto paciente como analista no se comprometen emocionalmente. Pero para todo ser humano la capacidad de compromiso emocional no es inagotable, y menos lo es todavía en una persona con trastornos psicológicos. Si al paciente se le exige un esfuerzo desproporcionado de acuerdo con sus posibilidades, tanto en lo económico como en la dedicación en el tiempo, su capacidad de compromiso emocional queda agotada con ello. Entonces, es muy probable que sienta que al cumplir las exigencias del analista en estos aspectos ya ha dado de sí todo lo que podía, que ya ha cumplido su parte, y que el resto es responsabilidad del analista. Es muy frecuente que, en estas ocasiones, el paciente adopte una actitud pasiva, con un sentimiento en su interior que traducido verbalmente vendría a ser algo así como: “yo acudo a la sesión los días que se me han impuesto, y pago lo que se me ha pedido, ahora es el analista el que ha de curarme”. A causa de ello, son muchos los casos de análisis que duran diez, doce años o más, en los que el paciente acude a la sesión, asocia rutinariamente, el analista interpreta y todo continúa igual. Y el análisis sigue y sigue, como una penosa obligación, de la misma manera que hay que acompañar a los niños al colegio o ir a la compra. Es por esto que yo propugno evitar el trauma de imponer al paciente una frecuencia de sesiones semanales de una manera forzada.

4. EL TRAUMA A NIVEL DE MUNDO INTERNO.

Otros son los traumas que podemos llamar menos visibles, que no son producidos por las condiciones más externas y visibles como el hecho de verse obligado a pedir ayuda, someterse a un horario, dedicar al análisis un tiempo necesario para otras cosas, etc. Son los traumas originados en las propias necesidades emocionales del paciente. Al llegar a este punto he de referirme brevemente a la diferenciación entre gratificación y provisión (Ferenczi, S., 1931,1932; Fox, R., 1984; Lindon, 1994; Coderch, J., *Ibíd.*).

Los seres humanos tenemos muchas necesidades: alimentos, agua, temperatura adecuada, oxígeno, sueño, luz, sexualidad. Y también tenemos necesidades emocionales que han de ser satisfechas a través del contacto y comunicación con los otros, de una manera tan indispensable y perentoria como han de serlo las necesidades orgánicas. Desde los trabajos de Spitz sabemos que los grupos de niños que no reciben el mínimo de comunicación y afecto imprescindibles, sufren un grave retraso evolutivo y presentan un incremento de la morbilidad y la motilidad. También en el análisis el paciente precisa una indispensable dosis de comunicación, contención y afecto de sus necesidades emocionales para que la experiencia relacional, con frecuencia mediada por la interpretación, pueda ejercer una influencia beneficiosa sobre su crecimiento mental. Aquí debemos recordar las palabras de Ferenczi escritas en su *Diario Clínico* del 13 de agosto de 1932. “Sin simpatía no hay curación (A lo sumo, intelecciones sobre la génesis del padecer)”. Esto es lo que podemos llamar la “provisión” indispensable de sus necesidades emocionales, sin la cual lo único que puede lograrse es una intelectualización de sus problemas. La falta de este aprovisionamiento es un verdadero trauma al que el analista somete a su paciente. Porque el encuadre y la metodología analíticas estimulan en el paciente la esperanza de obtener la necesaria satisfacción emocional. Y si no la obtiene, abandona el tratamiento o simplemente se somete a las interpretaciones del analista.

Otra cosa distinta a la provisión es la “gratificación” placentera de deseos, motivaciones, impulsos sexuales, afán de dominio, rivalidad, fantasías narcisistas, etc. Esta gratificación no sólo no es imprescindible para el adecuado desarrollo del proceso psicoanalítico sino que, por el contrario, produce un estancamiento

del mismo. El paciente, en estos casos, no experimenta un impulso y un deseo de avanzar, sino que se detiene en el escenario analítico porque obtiene en él una gratificación que le es suficiente. Este suele ser el caso de estos análisis inacabables a los que antes me he referido, en los cuales el paciente acude años y más años a las sesiones sin que quede claro lo que pretende con ello. Tal vez librarse de su responsabilidad, con un “ya hago lo que puedo”; tal vez, simplemente, tener alguien que le contenga un poco; tal vez la vivencia de que si el analista le escucha pacientemente durante años es una prueba de que él es alguien digno de ser tenido en cuenta; tal vez la impresión de que el analista, al atenderle le ofrece algo de amor, tal vez...

Con todo ello no quiero decir que la demanda de gratificación sea algo patológico de por sí, pero sí que no ha de ser satisfecha por el terapeuta porque impediría el avance del proceso terapéutico. Y, dado que este incumplimiento de la demanda implica un trauma para el paciente, aunque sea un trauma necesario debe ser equilibrado y compensado con el indispensable aprovisionamiento de las necesidades emocionales. Cosa ésta última nada fácil porque es evidente que la satisfacción de las necesidades es también gratificante, pero no por ello debe omitirse esta provisión, aunque comporte gratificación. Se trata de que la proporción sea la adecuada. Comer es una necesidad de imprescindible satisfacción, y al comer, si tenemos un buen apetito también obtenemos una gratificación. Otra cosa es que muchos coman más de lo necesario para gozar de esta gratificación, lo cual debe evitarse si se desea mantener una buena salud. Es cuestión de equilibrio.

Y esto que acabo de decir es lo que parece ser que muchos no entienden dentro de la corriente principal del psicoanálisis. El temor a que la más pequeña gratificación impedirá el desarrollo adecuado del proceso analítico se fundamenta en la teoría de las dos pulsiones que todos conocéis. Para decirlo brevemente, se considera que, siguiendo el modelo hidráulico empleado por Freud, el paciente debe proyectar al analista sus pulsiones agresivas y libidinales, formando así la transferencia que debe ser analizada, y que para alcanzar esta situación es preciso que estas pulsiones no puedan descargarse a través de algún aspecto de la relación, sino que han de permanecer frustradas para que, al igual que el agua de un río al que se le interpone un dique, aumente su tensión hasta que desborden plenamente hacia el analista y, así, puedan ser interpretadas.

Desde la perspectiva del psicoanálisis relacional no nos guiamos por el modelo hidráulico, ni se trata de frustrar pulsiones para que se incremente su tensión, pero sí que estimamos la conveniencia de proveer las necesidades y de abstenernos de gratificaciones. Porque lo que intentamos conseguir, es que el paciente utilice la relación con el analista para modificar su conocimiento relacional implícito a través del conocimiento relacional compartido que se establece a través de la continuada interacción entre los dos. Y si esta relación se dirigiera a gratificar motivaciones eróticas, narcisistas, competitivas, de autojustificación, o sirviera para escapar a la propia responsabilidad, para no afrontar estados mentales de ansiedad o contradictorios, igualmente el paciente quedaría detenido en un tipo de interacción gratificante en sí misma sin seguir adelante en la búsqueda de una manera de “estar con el otro” -que en esto consiste el conocimiento relacional implícito- más positivo para su vida. Por tanto, el paciente también sufre el trauma de no obtener totalmente lo que desea y de tener que tolerar situaciones que no le agradan.

Otro de los elementos traumáticos que ha de soportar el paciente en el curso del tratamiento son las interpretaciones, cuando el analista las emplea, lo cual no siempre es el caso dentro del modelo relacional. Las interpretaciones son vividas con mucha frecuencia como un trauma por dos razones. Una de ellas es la de que frecuentemente al interpretar ponemos en conocimiento del paciente algo que le resulta desagradable, culpabilizador, vergonzoso, contrario a su autoestima, etc. La otra razón, de carácter más profundo, descansa en que en la interpretación, sea cual sea su contenido, fácilmente es vivida por el paciente como una muestra de que el analista se separa de él, y, por tanto, rechaza el anhelo de amor primario, total e incondicional, que comporta una fantasía de fusión con el otro, lo cual constituye uno de los impulsos más primarios que existen en la mente humana y que, en el curso del tratamiento, es demandado al analista. Además, el componente semántico - referencial del acto interpretativo, por su propia naturaleza conlleva el mensaje de que aquello de que el analista informa corresponde al paciente, no al propio analista, y que es al paciente a quien corresponde utilizarlo. Desde esta perspectiva, por tanto, el analista se ha alejado y el paciente se enfrenta al sentimiento de íntima soledad que siempre existe en lo más hondo de la mente humana. A causa de ello, si aplicamos el esquema simple del tipo: el paciente asocia y el analista interpreta, traumatizamos al

paciente, con el riesgo de que el dolor lleve al paciente al sometimiento y no al crecimiento.

Y ahora, a estas alturas ya de mi exposición, es el momento de insistir en la orientación que podemos dar a nuestro trabajo para que las vivencias traumatizantes y dolorosas que puede sufrir el paciente sean, como el padecimiento del corredor de maratonistas, no excesivas ni agobiantes, sino llevaderas y estimulantes. Subrayo que he dicho orientación, como podría decir enfoque, abordaje, perspectiva o actitud a tomar, no normas ni reglas ya que esto último sería totalmente contrario al espíritu que yo pretendo dar a mis palabras. Sin embargo, para ajustarme al tiempo de que dispongo, necesariamente he de precisar esta orientación, actitud, o lo que sea, en dos puntos concretos que expongo a continuación.

A) MUTUALIDAD Y ASIMETRÍA.

La relación analítica es asimétrica por definición. Uno es el que pide ayuda y otro el que puede darla de acuerdo con sus conocimientos y preparación. Y esta asimetría puede ser traumática para el paciente, aunque es necesaria. Pero asimetría no significa falta de mutualidad. (Aron, L., 1992). El establecimiento de la mutualidad en la relación analítica es el reconocimiento de la recíproca influencia que paciente y analista desarrollan cada uno de ellos sobre el otro, transferencia y contratransferencia recíprocamente, creando la una a la otra. Pienso que esta mutualidad transforma profundamente el rol que tradicionalmente se ha venido atribuyendo al paciente dentro de la diada analítica: el de un sujeto que, en tanto que supuesto enfermo, está situado a gran distancia y por debajo del analista. Desde este presupuesto se supone que toda comunicación del paciente surge espontáneamente de él, sin que el analista intervenga para nada y, simultáneamente, se juzga que la única influencia del paciente sobre el analista se refiere a la contratransferencia, entendida en el sentido limitado de las proyecciones del primero. Pienso que, en cambio, la instauración de la mutualidad es un paso importante para limitar el carácter traumático de la experiencia analítica para el paciente, y es el punto de partida del despliegue del papel de este último mucho más allá del de ser una fuente de datos para ser interpretados, y del que se espera que experimente una modificación tan sólo en virtud de las interpretaciones que recibe. Cuando se establece la relación de mutualidad, aunque se conserva la asimetría, el paciente siente que desempeña un papel eminentemente activo, con lo que desaparece la sensación de inferioridad frente a la autoridad del analista. Pero, además, al quedar patente la interacción a través de la cual él ejerce una influencia sobre el analista, también se hace evidente que las interpretaciones no son únicamente cosa del analista, el sujeto del supuesto saber, sino que es el mismo paciente el que las ha hecho nacer, de alguna manera, en la mente de aquél.

B) EL PACIENTE COMO COLABORADOR

Todo lo que acabo de describir en el anterior apartado, nos lleva a la perspectiva del paciente como un colaborador del analista. Una cosa es considerar al paciente como fuente de datos para ser interpretados, y otra cosa muy distinta la de considerarlo como un colaborador (Renik, O., 1999). Los pacientes ven una miríada de detalles y aspectos de la personalidad, el carácter y el estilo del analista, algunos de ellos conscientes y conocidos por éste, mientras que otros le pasan desapercibidos. Si cuando el paciente expresa alguna observación sobre el analista y su forma de conducir el tratamiento este último se limita a recibirla como una asociación para ser interpretada, sin mostrar interés en la observación en sí misma, el paciente, rápidamente, lo percibe como que el analista no desea este tipo de comunicaciones y, por tanto, deja de expresarlas, con lo cual el analista pierde una valiosísima fuente de información sobre sí mismo y deja de recibir un input como devolución de sus intervenciones. Por el contrario, si el analista recoge las observaciones del paciente y muestra que está interesado en ellas, el paciente se sentirá estimulado a repetir las y podrá iniciarse un diálogo en torno a ellas, mediante el cual el analista obtendrá muchos más datos acerca del paciente y de la manera como él mismo es vivido por éste. El input que representan las observaciones del paciente sobre el analista también permite a éste ajustar más sus intervenciones de acuerdo con el efecto que ellas están provocando. No hace falta decir que muchas de estas observaciones pueden poner de manifiesto rasgos de la personalidad del analista que son inconscientes para éste, lo cual incrementa su valor. Cuando las cosas se desarrollan en este sentido, mutualidad y colaboración, puede llegarse a la implantación y afianzamiento

de lo que Orange, Atwood y Stolorow (1997) denominan *investigación introspectivo empática*, en la que, según estos autores “se busca iluminar los principios inconscientemente organizadores de la experiencia del paciente (empatía), los principios inconscientemente organizadores del analista (introspección) y el oscilante campo psicológico creado por el interjuego entre dos subjetividades” (p.44). No es de extrañar que esta actitud no pueda conseguirse si el paciente permanece en la situación clásica de productor de asociaciones que el analista interpreta y que él ha de esforzarse en asimilar, con dolor y sufrimiento mental, siempre con la amenaza de la “cura” por sumisión planeando como una espada de Damocles sobre este tipo de análisis.

Pero en los casos favorables, este entramado de mutualidad, colaboración y actitud de investigación introspectivo-empática es suficiente para que, al igual que el corredor de maratones que me ha servido de ejemplo desde un principio, el paciente viva el análisis como un estimulante y novedoso camino hacia la meta de una mejor organización mental, pese a que ello comporte algún tolerable sufrimiento.

ILUSTRACION CLÍNICA

Presentaré una breve exposición del caso de una paciente que colaboró eficazmente en su difícil análisis con la aportación de sueños y metáforas de un carácter intencional y poéticamente explicativo, lo cual también la ayudó a superar eficazmente el trauma que supuso para ella la finalización del tratamiento y la separación.

Amanda era una mujer que se hallaba en los inicios de la edad media de la vida cuando solicitó ayuda a causa de su dificultad en las relaciones personales, así como también por su sentimiento de que no le era posible utilizar sus recursos personales como consecuencia de sus temores, inhibiciones, sentimientos de culpa y ansiedades. Pese a ello, en su vida cotidiana se mostraba adaptada razonablemente a su entorno laboral y familiar. Entre sus antecedentes destacaban diversas situaciones muy dramáticas y dolorosas debidas a separaciones y notables carencias afectivas. Desde el punto de vista clínico podía hablarse de una personalidad esquizoide.

Amanda escogió la posición sentada,² considerando que de esta manera le sería más fácil hablar de “sus cosas”. Sin embargo, a los pocos días se sintió muy incómoda y me pidió continuar tumbada en el diván. Poco después afirmó que así todavía se sentía peor y volvió a la posición sentada, en la que continuó hasta el final del proceso. Era evidente que el encuadre terapéutico, aunque reducido al mínimo en sus aspectos formales, le resultaba fuertemente traumático, lo cual tuve muy en cuenta durante todo el proceso.

Los principios de su análisis, de muchos años de duración, fueron marcadamente difíciles.

Permanecía largo tiempo en silencio, lamentándose de no saber de qué hablar, malhumorada, sintiéndose herida por cualquier cosa que yo podía decirle, especialmente cuando hacía una referencia a nuestra relación. Se mostraba áspera y amargada, y a menudo decía de sí misma que ya sabía que tenía muy mal carácter y que yo debía encontrarla muy antipática. Yo sentía esta aspereza y amargura como lágrimas congeladas, y en este sentido se lo explicaba.

La capacidad de Amanda para comunicar verbalmente, cuando lo lograba, era muy limitada: comenzaba una frase, la cortaba, iniciaba otra y volvía a ocurrir lo mismo, y así una y otra vez, de manera verdaderamente fatigosa, para ella y para mí; no acertaba a encontrar las palabras que buscaba, y sólo con mucho esfuerzo llegaba a expresar aquello que deseaba comunicarme. A mi juicio, lo que ocurría era que las palabras le estallaban en los labios porque no podían contener toda la carga de odio y rabia que había en su interior, y esto no le permitía hablar. Pero con el curso del tiempo se puso de manifiesto que subyacente a esta forma de hablar, pesada y verdaderamente difícil de seguir, latía un fuerte deseo de comunicar y ocasionalmente, como un rayo de luz en medio de la oscuridad, aparecían metáforas vivas y creativas. Yo descubría en estas metáforas un toque de ingenuidad, porque Amanda mostraba una suerte de sorpresa candorosa y confiada

2.- Desde hace muchos años tengo la costumbre de dejar escoger a mis pacientes entre la posición sentada, cara a cara, o el empleo del diván.

cuando yo le hablaba de aquello que me estaba manifestando a través de la metáfora. Creo que se trataba de una comunicación que surgía muy plenamente de su *self* infantil anhelante de contacto y comunicación conmigo, y que se abría paso, como la vida que intenta desplegarse, a través del odio y el resentimiento. En estos momentos, la verbalización se hacía moderadamente más fluida y fácil.

Cuando llevaba unos dos años de análisis relató el siguiente sueño: *Llego al consultorio. En la puerta, en lugar del rótulo con su nombre (el mío) figuraba mi nombre (Amanda) junto con el de la empresa donde trabajo.*

Amanda había manifestado más de una vez que la empresa marchaba bien, y ella estaba bien considerada, pese a sus dificultades en las relaciones personales. A mi parecer, hallamos en este sueño una metáfora creativa en la que Amanda comunica su experiencia del análisis, superando sus limitaciones en el campo de la verbalización y de las asociaciones libres. Creo que Amanda pudo transmitir, en este sueño, su vivencia de que, aun con sus limitaciones en la comunicación verbal, sentía que podía establecer conmigo y con la empresa de su análisis una vinculación fértil, como lo era en la realidad su relación con la empresa de su vida real. A partir de este sueño, Amanda se mostró menos tensa en las sesiones y se esforzaba para poder comunicarse, luchando con las mismas dificultades, pero con menos ansiedad y desesperación.

Algún tiempo después, Amanda, que entre sus actividades parece que tocaba discretamente el piano, me comunicó, en la primera sesión de la semana, que durante el fin de semana, mientras se distraía con el piano, había experimentado la fantasía de componer una melodía por sí misma y que, si alguien le ponía letra, podría surgir de ello una canción. Lo veía muy difícil, pero le ilusionaba pensarlo. Creo que, de nuevo, Amanda volvía a ofrecerme la comprensión de su estado mental con una poética metáfora. Yo le comuniqué lo siguiente: *Pienso que deseas componer una melodía porque comienzas a sentir un poco más de armonía y cohesión en tu mente, y me dices que escuche la melodía de tus sentimientos y te ayude a expresarlos verbalmente y, de esta manera, podamos, entre los dos, crear una canción de vida.* Creo que esta metáfora volvió a representar un punto de inflexión en el curso del análisis y, a partir del diálogo que esto suscitó, Amanda empezó a utilizar mis intervenciones para desarrollar sus propias reflexiones, casi siempre con fuerte componente imaginativo y con tendencia a la expresión metafórica porque, según manifestaba “no sabía cómo decir las cosas que deseaba decir”.

Años después, fijamos una fecha de terminación del análisis, dado que tanto Amanda como yo pensábamos que ella había experimentado una evolución razonablemente satisfactoria para poder valerse por sí misma. Amanda consideraba que era tiempo de acabar y comprobar su posibilidad de sentirse independiente y autónoma, pero, al mismo tiempo, sufría pensando en la separación, que anticipaba como muy dolorosa. Repetía, a menudo: *No sé si seré capaz de andar sola por la vida.* Al acercarse la fecha fijada, vivía la futura separación como un verdadero trauma, y con estas mismas palabras lo expresaba. Y yo pienso que, verdaderamente, debemos añadir otro fuerte trauma al curso de la mayor parte de los tratamientos prolongados, el trauma de la separación. Amanda, inquieta, temía comparecer de nuevo a los pocos días en mi consultorio, incapaz de tolerar la falta de ayuda.

Cerca ya la fecha, un día llegó a la sesión más calmada. Dijo que la causa era que en la sesión anterior, al decirle yo que podíamos razonablemente pensar que podría tolerar la separación y seguir adelante, había notado un deje de tristeza en mi voz, lo cual le indujo a pensar que yo compartía con ella la tristeza de la separación, y este pensamiento le había dado fuerzas para soportarla. Deseaba mostrarme su agradecimiento, añadió, pero no sabía cómo. El siguiente día trajo un sueño: *Yo estaba en el consultorio despidiéndome en el último día de la sesión. Después me veía en la calle, en la puerta del edificio, con un ramillete de siemprevivas en las manos.* Pienso que en este sueño Amanda expresó, de nuevo, metafóricamente, más de lo que podía decir de manera descriptiva. Yo le expliqué: *creo que en este sueño muestras tu confianza en poder acabar el análisis sosteniendo un germen de crecimiento y fuerza vital en tus manos, en tu mente: unas flores que nunca mueren. Esta es tu forma de mostrarme tu agradecimiento.* Entonces Amanda lloró por primera vez en el análisis. Porque ahora, aquellas lágrimas congeladas que destilaban rabia y odio ya se habían descongelado y Amanda podía llorar. Eran unos días en los que llovía mucho, y Amanda me dijo que se había comprado unos zapatos nuevos y añadió: *Con los zapatos viejos siempre me mojaba los*

pies, y ahora ya podré caminar mejor. Yo pensé que no era necesario interpretar la metáfora y que era más conveniente dejar que la elaborara ella misma, mientras caminaba sus caminos en la tarde ya más serena de su vida.

El día de la última sesión, Amanda vino con un pequeño obsequio para mí: un ramillete de siemprevivas.

REFERENCIAS

- ARON, L. (1992). Interpretation as expression of analyst's subjectivity, *Psychoanal. Dial.*, 2: 475-207.
- CODERCH, J. (2010). *La Práctica de la Psicoterapia Relacional*, Barcelona: Albesa.
- FERENCZI, S. (1931). Análisis de niños con los adultos, en O.C. *Psicoanálisis*, Madrid: Espasa – Calpe, vol. IV, pp. 109-124.
- FERENCZI, S. (1932). *Sin Simpatía no Hay Curación*, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1997.
- FREUD, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico, en O.C., Buenos Aires: Amorrortu Editores, vol.XII, pp.109-120.
- FREUD, S. (1915). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia, en O.C., A.E., vol. XII, pp. 159-174.
- FOX, R. (1984). The principle of abstinence reconsidered, *Int. Rev. Psychoanal.*, 11: 227-236.
- LINDON, J. (1994). Gratificación and provision in psychoanalysis. Should we get rid of the rule of abstinence?, *Psychoanal. Dial.*, 4: 548- 582.
- RENIK, O. (1995). The ideal of anonymous analyst and the problem of self/disclosure, *Psychoanal. Q.*, 64: 466-495.
- RENIK, O. (1999). Playing one's cards face-up in analysis: an approach to the problem of self/disclosure, *Psychoanal. Q.*, 68: 521-539.

Joan Coderch. Doctor en Medicina-Psiquiatra. Psicoanalista. Miembro Titular y Didacta de la Sociedad Española de Psicoanálisis (IPA). Ha sido profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

Dirección del autor: Balmes 317; 08006 Barcelona. Correo electrónico. 2897jcs@comb.es. Autor de muy numerosas obras, entre las más recientes están: *Pluralidad y diálogo en Psicoanálisis* (Herder), *La relación paciente-terapeuta* (Paidós) y *La práctica de la psicoterapia relacional* (Barcelona: Albesa).

Publicado en: *Clínica e investigación relacional*. Revista electrónica de psicoterapia. CEIR

Fuente: <http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen42Junio2010/tabid/728/>

Volver a Artículos Clínicos

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.