

Escenas que conmueven: Los pivotes del cambio

Amparo Bastos, Javier Castelo, Margarita Crespo, Susana Espinosa, Sonsoles García-Valdecasas, José Manuel Pinto, María Luz Rubí, Alfonso Viada, Pilar Vivar, Manuel Aburto, Alejandro Ávila.

Grupo de Investigación de la Técnica Analítica (GRITA)

En un trabajo anterior (Aburto et al., 1999) postulábamos un escenario psicoanalítico en el que el encuentro terapéutico es co-construido, y donde ambas subjetividades, la del paciente y la del analista, contribuyen a la forma y al contenido del diálogo que emerge entre ellos. Frente a la técnica psicoanalítica integrada por principios establecidos o reglas derivados de la teoría, ancladas en mitos (supuestas neutralidad y abstinencia del analista, interpretación sin sugestión, transferencia pura) la teoría intersubjetiva propone una flexibilidad mucho mayor, hasta donde el analista pueda investigar el impacto de sus técnicas, estilo personal e hipótesis teóricas sobre la experiencia del paciente y el curso del proceso terapéutico. El enfoque que defendemos promueve en los analistas mayor libertad para explorar nuevos modos de intervención, y para descubrir la utilidad de dimensiones no formalizadas de su propia experiencia personal. El «potencial de cambio» del tratamiento psicoanalítico requiere también considerar a la diada analítica, reconsiderando la analizabilidad, que no es una propiedad sola del paciente, sino del sistema analista-paciente, de lo que se deriva que hacer analizable el sistema implica asumir cambios en todas las partes del sistema. Ponemos el énfasis en el poder mutativo de la «nueva experiencia relacional con el analista», una experiencia que se analiza en sus fenómenos, entre ellos el controvertido enactment, los «momentos ahora», nuevos modos de vinculación afectiva con el analista, donde las interpretaciones derivan su poder mutativo de la matriz intersubjetiva en la que toman forma. Una selección de escenas extraídas de nuestra experiencia nos permite reflexionar sobre el cambio terapéutico.

Palabras clave: Enactment, Procesos de Cambio, Intersubjetividad, Contratransferencia.

In a previous paper (Aburto et al., 1999), we discussed a psychoanalytical scenario in which the therapeutic encounter is co-constructed, and where the subjectivities, both the patient's and the analyst's, contribute to the form and the content of the dialogue that emerges between them. Opposed to psychoanalytical technique, which is integrated by established principles or rules derived from theory, anchored in myths (analyst's supposed neutrality and abstinence, interpretation without suggestions, pure transference), intersubjective theory proposes increased flexibility, as long as the analyst can investigate the impact of his/her techniques, personal style, and theoretic hypothesis about the patient's experience and the course of the therapeutic process. The approach that we defend supports analysts' increased liberty to explore new intervention modes, and to discover the

use of dimensions that do not derive from his/her own personal experience. The «change potential» of psychoanalytic treatment also requires considering the analytic dyad, reconsidering the analyzability, which is not only a property of the patient, but also involves the analyst-patient system. To make the system analyzable implies assuming changes in all the parts of the system. We emphasize on the capacity to mutate of the «new relational experience with the analyst», an experience that is analyzed in its phenomena, and among them enactment, the «now moments», new modes of affective bonding with the analyst, where interpretations derive their mutating capacity from the intersubjective matrix in which they are shaped. A selection of scenes extracted from our experience allow us to reflect on therapeutic change.

Key Words: Enactment, Change processes, Intersubjectivity, Countertransference

Nuestro proceso de indagación clínica y de interrogación sobre nuestra propia práctica nos ha situado en un escenario psicoanalítico en el que el encuentro terapéutico es *co-construido*, y donde ambas subjetividades, la del paciente y la del analista, contribuyen a la forma y al contenido del diálogo que emerge entre ellos. En un trabajo anterior (Aburto et al., 1999) el colectivo Grita desgranaba las aportaciones de algunos destacados autores que propugnan un «modelo de psicoterapia psicoanalítica diseñado desde la *intersubjetividad del vínculo* en el encuentro con lo genuino de cada persona» (p. 42). En ese espacio intersubjetivo, es posible «un análisis que a lo *sabido y pensado* incorpore lo *no pensado*, lo nuevo, en un proceso continuo de deconstrucción y creación, como espacio de juego» (p. 43)

Presentamos a continuación cinco escenas que ilustran a la par ese escenario y la reflexión que merece su lectura intersubjetiva, oportunidades para entender mejor el proceso de cambio. Las escenas escogidas están narradas en primera persona y como si le hubiesen ocurrido a un mismo terapeuta, aunque proceden de la experiencia adquirida en nuestro intercambio grupal, y han sido elaboradas en grupo recogiendo e integrando los diferentes registros que han movilizado.

Escena 1: «Betty Newman» o el nombre que presta un cuerpo a la esperanza.

Un momento destacable en mis años de experiencia como terapeuta fue cuando pude ver que la expresión de un sentimiento compartido en su franqueza, espontaneidad e intimismo podía ser funcionalmente más útil que muchas sesiones, teórica o técnicamente válidas. Se trataba de un «paciente rígido»², un hombre de 35 años, que entre sus antecedentes contaba con no haber hablado prácticamente hasta la edad de doce años. En su familia era considerado «el tonto». Según relató en una de las primeras sesiones, fue gracias a una profesora de su Colegio que pudo, no sólo hablar, sino que logró un puesto destacado en la clase. La escena que sucedió en la terapia fue breve, el cambio que provocó duradero.

En un tiempo de la consulta de no especial trascendencia narrativa, en que el paciente acusaba un notable grado de rigidez³, me vino a la mente el nombre «Betty Newman», tal era el nombre de la profesora que una sola vez había nombrado pero que para él fue tan importante. Yo que no soy dado a recordar con facilidad los nombres propios, me sentí sorprendido de ese recuerdo del nombre y de pronto le dije «Imagínate que soy yo Betty Newman»⁴. Mis palabras fueron recibidas, tras un corto silencio, con una risa desbocada que, si bien en un principio me asustó, derivó en carcajada compartida⁵, la risa se contagió, inundó el espacio se prolongó y se prolongó más y más, parecía que no podíamos, o no queríamos, parar de reír. Fue sólo eso, pero conforme acababa la sesión y fuimos llegando a un estado de patente relajación y disfrute, tomamos consciencia de que algo se disolvió para siempre de ese estado rígido tan inoperante en terapia⁶. La profesora salvadora que cambiaría el curso de la vida del paciente, en cierto modo también cambió el curso de nuestra terapia.

La rigidez discursiva del paciente nos aburre, mientras nos interrogamos qué lugar objetual podríamos ocupar para el paciente. ¿Quién podría ser yo para él? ¿En qué lugar me pide que me sitúe? ¿qué identidad necesita complementar? ¿En qué lugar me necesita? ¿Muestra un déficit o actualiza un conflicto? El vínculo terapéutico estaba ya establecido, pero ahora se transforma, adquiere otra calidad.

Se expresa un sentimiento... ¿cuál? Encontramos el deseo de cuidar, de hacer crecer al otro gracias a nuestra ayuda, el deseo de *Ser el Pigmalion del Otro*, un reaseguramiento narcisista mutuo.

Se trata de una conjunción intersubjetiva en forma de «Enactment» o puesta en escena intersubjetiva a partir de los procesos de transferencia-contratransferencia, una escena breve y de intensa carga emocional, en la que ambos actúan, pero que *a posteriori* adquiere un sentido funcional al vínculo terapéutico y al proceso de cambio. El relato del proceso es el siguiente: Un personaje muy relevante en la vida del paciente irrumpe como novedad en la mente del terapeuta (varón). El terapeuta, no se sabe por qué, o desde qué identidad y ubicación de la representación interna, se propone como personaje cargado de significados de crecimiento y a la vez bajo una luz tergiversadora, transgresora, informal... se asusta al principio de los efectos desorganizadores de su intervención, (le suena loco, extraño...) El juego que propone el terapeuta de prestarse a ser otro yo, ser un vehículo depositario representando una identidad (Un Pigmalion mujer) provoca una dislocación, una fuga en el hilo conductor de su discurso... la ocurrencia libre del analista permite desvelar un aspecto ¿perverso?⁷, ¿transgresor?⁸ en la estructura de este paciente. Algo oculto tras su rigidez, también potencial de cambio.

Recordamos situaciones de nuestros primeros años como terapeutas en que conteníamos, a veces con dificultad, las ganas de reír, por no parecernos adecuado dar rienda suelta a ese componente emocional de incierto e inquietante impacto en la escena clínica. Sólo lo podíamos ver como «acting» del terapeuta. Ahora, la plasticidad del terapeuta que actúa ocupar el lugar de «aquella profesora mujer» asusta, abre un disfrute, gozo en la risa y después relajación y sosiego, una

especie de escena orgásmica imaginaria, que abre un camino para la exploración de los sepultados potenciales elementos perversos, y también para introducir lo transgresor mediante el juego, que hasta ahora había quedado tapado, aunque provocadoramente, por el mutismo.

Junto con la apertura a procesos estructurales, hay también elementos que tienen carácter terapéutico: a) El compartir y, por tanto, legitimar la reacción espontánea de un paciente tan rígido; b) El valor que pudo tener para el paciente que el terapeuta se propusiera como la persona que tanto le había cambiado, experiencia de vínculo que le reaseguró en un pasado y que fue una figura significativa en su desarrollo. Hay una apuesta por la «esperanza» en la intervención «Imaginate que soy yo Betty Newman», donde nos basamos en un vínculo estructurante y creativo anterior para proponer la escena de su posible continuidad, instalando una ampliación fundamental del campo relacional emocional. Aquí, donde rozamos la omnipotencia salvadora, anida también la esperanza legítima, y la frontera será imprecisa, aunque definible y operacional en la terapia.

Escena 2: Lo que las etiquetas esconden.

¿Quién no ha sentido alguna vez en el curso de una sesión de psicoterapia cierta inquietud ante el temor de haber actuado al puntuar un material del paciente con consecuencias imprevisibles? Situaciones en las que el terapeuta se plantea al final de la sesión múltiples interrogantes que no siempre se atreve a comentar con los colegas por temor a ser cuestionado en su práctica. Esto es, en sí mismo, una actitud que nos enfrenta a planteamientos técnicos y éticos y que es importante seguir manteniendo a lo largo de nuestra vida profesional. Solo la respuesta del paciente y su actitud nos van a clarificar estos temores e interrogantes.

Una paciente de 30 años acude a psicoterapia tras haber tenido una experiencia dolorosa en un curso de expresión corporal y terapia por la danza, en el que se sintió invadida en su intimidad. Paciente de grandes carencias y déficits relacionales en la infancia, comenta el primer día, al final de la sesión, que «Soy muy manipuladora». Yo me quedo con esa expresión y a la sesión siguiente trato de explorar que ha querido decir con «ser manipuladora», pero no escucho nada que niegue o confirme lo dicho. Vive en pareja, no tiene hijos y está centrada en los estudios desde muy joven. Se puede decir que se ha superado a sí misma y ha superado grandes dificultades personales a través de los estudios. Al hablar parece que siempre tiene un cierto ahogo.

Un día acude a consulta y comenta que tiene una entrevista de trabajo para dar clases en un colegio, y que al parecer, ella es la candidata seleccionada. A la sesión siguiente acude con actitud de seguridad y fortaleza, sonriente y más locuaz de lo habitual. Comenta «con ironía» que viene de la entrevista y que la persona que la tenía que entrevistar no se ha presentado aludiendo dificultades personales. Alguien la comenta que ya tienen otra persona para el trabajo. Me dice que es mejor así, «porque un sitio con tanto desorden no la interesa».

Escuchando el contenido del relato y la música del mismo, en el que al parecer todo está tan claro pero que yo no entiendo nada, mientras en mi pensamiento aparece la palabra «desorden» yo le digo: ¿Dónde está aquí la manipulación? «... Es que no me gusta hablar de esto...» y poco a poco empieza a llorar abundantemente en silencio. Comenta entre sollozos: «nunca lloro delante de nadie... siento que tú me comprendes...» y continúa llorando... Yo dejo que lllore porque creo que alguien que está tan ahogada, que ni de pequeña podía llorar, necesita primero el llanto en compañía para dar lugar después a la producción de palabras (¿Soy un objeto de un vínculo que en este momento le ayuda a la autoregulación?)⁹.

Acude a la sesión siguiente más tranquila y comenta que ha estado poniendo orden en sus libros «etiquetándolos», y que se ha sentido a gusto sola en su casa, haciendo este trabajo. Yo le señalo que a lo mejor empieza ella a quitarse etiquetas poniéndolas en los libros. Dice que es la primera vez en muchos años que no siente angustia y que ha dormido mejor. Hasta ese momento se había resistido a entrar en psicoterapia de grupo aludiendo incompatibilidad con el horario y el día de sus cursos. Ahora se interesa también por el diván y plantea si ella podrá estar alguna vez en él. Seguidamente ha pedido entrar a trabajar en grupo.

De pequeña se la conocía como «hija de la loca». Desde la huella de la desorganización materna, su mención al desorden nos llevó, irreflexivamente, pero desde la *sintonía* con su experiencia, a una actuación de inducir la confrontación con su denegación de la psicosis materna, que ella tapaba con la etiqueta del auto-reproche melancólico de ser manipuladora. Sentirse entendida en ese plano profundo, sin ser atacada (en ella o en la madre) la permitió descargar angustia y, sintiéndose acompañada, tomar posición de agente de su propio cambio, «entrando por su propio pie» en la psicoterapia de grupo, y más adelante en un trabajo de regresión controlada.

La terapeuta, con su intervención, ayuda a la paciente a identificar y remover una etiqueta falsa. La paciente al sentirse entendida y protegida por la terapeuta diluye su resistencia, accediendo a entrar en un grupo, símbolo de una nueva escena de encontrar y compartir.

Esta escena nos acerca a las preocupaciones de los terapeutas por sus pacientes: preocupación por equivocarnos, por hacer daño, por el propio miedo a no entender...y al mismo tiempo evidencia de que no hay otro método que el ensayo con el paciente de diferentes líneas de señalamientos e interpretaciones, regulado por la «loca intuición», un instrumento técnico valioso para explorar junto al paciente su propio desorden, abriendo un espacio para pensar.

Escena 3: *Enactment* e indiscriminación: La expresión del enojo como defensa frente a la indiscriminación

Se trata de un varón de 36 años en tratamiento de dos sesiones semanales desde hace seis años. En una de las sesiones que precedieron al fragmento de la

que se expone a continuación, el paciente comunica a su terapeuta que siempre había sentido que le debía «fidelidad», al igual que le había ocurrido con su madre y las parejas que había tenido -de hecho la pobreza de vínculos del paciente era muy notable- y que ahora se estaba dando cuenta de que ni la analista ni su madre intentaban «retenerle». Ambos reconocen la trascendencia de este descubrimiento que se va desvelando a través del análisis de un sueño en el que el paciente va a coger un autobús para emprender un viaje; todo está listo para partir, sin embargo en el último momento se detiene a besar a su madre, que ha ido a despedirle, lo que le hace perder el autobús. A continuación se ve a sí mismo chillando a su madre culpándola de lo sucedido. En las sesiones que siguieron, el paciente solo parece capaz de quejarse, con bastante distancia emocional, de que en lo fundamental nada cambia en su vida, continúa sin tener pareja, sin saber a que le gustaría dedicarse, etc. En la sesión inmediatamente anterior en la que tiene lugar la escena que se expone a continuación, la terapeuta le confronta con el hecho de que verdaderamente no pone los medios para encontrar pareja o cambiar de trabajo. Finalizando la sesión el paciente expresa que en realidad no quiere que nada cambie y aquella le responde que le reduce a la impotencia.

A la siguiente sesión llega muy tenso y comienza diciendo que viene bastante «cabreado» con la terapeuta, se siente «explotado» y cree que «*aquí hay mucha palabrería y poca acción*». Esta le responde con dureza que la verdaderamente enfadada es ella. Y añade: «*ya nadie te va a hacer los deberes*», en alusión a una escena, que se repite durante la infancia del paciente, en la que exige y consigue que su madre busque a alguien que le haga los trabajos escolares. Continúa señalándole, con firmeza, que su deseo de vivir lo deposita en ella esperando que asuma la responsabilidad por su vida y cómo esto no es posible. El paciente ya relajado y en un tono muy distinto expresa:

Paciente: *Me gusta hacerte sufrir como a mi madre, probar hasta donde te puedo hacer perder los nervios. A veces me gusta exasperar a la gente y no sé por qué.*

Terapeuta: *Exasperar a la gente es una manera de liberarse momentáneamente de la confusión y la tensión internas.*

Paciente: *Si, me da cierto poder... aunque luego me siento peor.*

Terapeuta: *En efecto, te sentías confundido y cuando el otro pierde los nervios sientes que recuperas el control aunque a la larga sabes esto no mejora las cosas.*

Paciente: *Pensé, si tu me cabreas a mí... ¿por qué no te voy yo a cabrear a ti?. Cuando le hacía estas cosas a mi madre recuerdo que dejaba de comer, (pau-sa) si dejaba de comer, se ponía muy triste.*

Terapeuta: *Sin embargo a mí no me has hecho sufrir, me has cabreado.*

La secuencia muestra cómo la terapeuta puede relacionar su *enfado* con el sentimiento de impotencia, permitiendo al paciente aceptar que en realidad no es que no quiera cambiar sino que se siente impotente. El enojo y la impotencia, forman parte del diálogo terapéutico. El peligro radica en que la terapeuta no acepte bien los sentimientos de impotencia de su paciente ni los propios. El paciente se siente impotente y el terapeuta también: la aceptación y la exploración de esos sentimientos permitirá a ambos entrar en contacto con aspectos básicos de sus identidades, y en un momento posterior poder transformarlas.

Paciente y terapeuta habían atravesado en diversas ocasiones secuencias muy similares a esta, en las que ambos reconocían que se había producido un avance en un clima que contratransferencialmente era percibido como de proximidad afectiva y, a continuación el paciente iniciaba un discurso quejoso y agresivo con la terapeuta, culpándole de lo que él sentía que no marchaba bien. En otros momentos, la terapeuta había incidido en el aspecto de cómo él no asumía la responsabilidad de su vida pero en esta ocasión además se enfada y, de manera intuitiva, comprende que la abierta expresión de ese estado emocional, pueda quizá ayudar al paciente —y a ella misma— a poner las cosas en su sitio de manera más eficaz que cualquier señalamiento o interpretación.

Podría decirse que al enojarse abiertamente la terapeuta le está comunicando a su paciente de manera inconsciente, hasta que punto no necesita retenerle y cómo les es necesario a ambos diferenciarse no asumiendo estas responsabilidades («dejar las palabras y pasar a la acción») que no le pertenecen, como le había ocurrido en el pasado al analizado con su madre al hacerle los trabajos escolares.

El sosiego al que adviene el paciente tras la expresión del enfado de la terapeuta, pensamos que está asociado a que ambos han logrado una mayor discriminación respecto del otro. Retrospectivamente la terapeuta puede recordar la sensación de agobio que la sobrevino tras la declaración de fidelidad del paciente y relacionarla con sus propias dificultades para obtener el reconocimiento como sujeto por parte de su madre.

En la biografía del paciente encontramos circunstancias que bien pudieron constituir el caldo de cultivo necesario para poner en peligro una sana discriminación con la madre. La abuela materna había fallecido en el parto de la madre del paciente, esto pudo contribuir decisivamente a generar en su infancia un contexto intersubjetivo que le marcó como el responsable de la vida de su madre, lo que a su vez provocaba la vivencia de pérdida del sentido de sí mismo.

Se podría decir que el paciente necesitaba hacer sufrir a su madre para no diluirse definitivamente en el vínculo con esta -el enojo de la terapeuta con el paciente tenía una función similar-, para no morir psíquicamente, pues tuvo una madre que le necesitaba para vivir, ya que si no le tenía de su lado, dejaba de alimentarse y se desvitalizaba. Solo si él muere en vida, renunciando a sus deseos y proyectos, encarnados en el sueño a través del ese autobús que pierde, pueden vivir su madre

o la terapeuta. Tiene un patrón interno de funcionamiento que le determina: Para él no hay otra manera de vivir, hasta ahora, la intimidad con otro ser humano. El paciente no se siente legalizado a vivir una existencia propia -de hecho él mismo había expresado en diversas ocasiones la sensación de sentirse internamente muerto o irreal- pues equivale a perderme.¹⁰

Pero también el paciente aprendió a exasperar a la gente de su alrededor como una manera de evacuar el pánico que le sobrecoge —fantasía de aniquilación— cuando se aproxima la posibilidad de tener otra experiencia de la intimidad en la que él conserve el sentido de sí-mismo. De ahí que las agresiones hacia la terapeuta cobren especial intensidad tras haber compartido con ella la dicha sentir que su tratamiento avanza y que va tomando forma la idea de que es posible vivir de otra manera menos dolorosa y más satisfactoria menos amenazante, la relación con el otro.

Resaltamos como positivo en esta escena, la aceptación e inclusión en el diálogo terapéutico de los sentimientos de enfado, en la medida en que la autenticidad emocional que le brinda la terapeuta al paciente a través de la expresión de su enojo, le pone en contacto con otra experiencia de «pareja». Este estilo es novedoso frente a aquellas corrientes del pensamiento psicoanalítico que consideran que el terapeuta tendría que tratar al paciente «con pinzas», eliminando cualquier aspecto agresivo que perciba de sí. En este caso lo corrector de la escena sería que la terapeuta contribuye a cambiar la reacción melancólica de la madre sometida; desde ese lugar de sometimiento la madre no podía ser estimulante ni afirmativa, con lo que las escenas de provocación-reacción se tornaban un círculo paralizante.

Escena 4: Fácil o difícil

Israel es un hombre joven de 33 años que está realizando una psicoterapia a un ritmo de una sesión semanal desde hace siete años. Se trata de un paciente límite que ha sido contenido por su terapeuta dentro de movimientos de ánimo caóticos, con cambios rápidos a identidades extremas y alternantes y relaciones personales oscilantes entre la mayor fusión y los intentos violentos de separación. ¿Patrón de conducta del Modelo Interno de Trabajo correspondiente al Vínculo ambivalente-desorganizado según la teoría del Apego?. Desde que muriera su padre, sus vínculos se han restringido a la familia: el núcleo familiar compuesto por su hermana menor y su madre viuda, y el ambiente de trabajo, también familiar, en una empresa propiedad de un tío materno y en la que trabaja su hermano mayor.

Como es frecuente en los casos límite, el paciente vive en un contexto familiar donde se confunden los movimientos de autonomía e independencia con intentos de abandono. Así, Israel mantiene dos posiciones relacionales extremas. Cuando funciona dentro de la fusión y confusión de identidad, sale a cualquier sitio acompañado de su hermana. Los objetos personales como los afectos están mezclados en uno u otra: su agenda personal puede estar en el bolso de su hermana y otro objeto de su hermana dentro de su propia chaqueta. De esta fusión-confusión suele salir de forma violenta cuando se escapa a tomar alcohol y cocaína y fantasea

con marcharse a Australia a emprender una vida nueva. Estos comportamientos incontrolados son utilizados por la hermana y la madre para poner en marcha patrones de conducta sobreprotectora en donde los miedos a ser abandonadas quedan enmascarados y en segundo plano. A su vez, si la hermana sale con algún chico, será Israel el que ponga en marcha este patrón habitual de relación. Así, se producen círculos viciosos que se retroalimentan.

A continuación presentamos una situación caótica, de cambio rápido del estado afectivo del paciente. En este caso se trata de un desencuentro, de una situación de disyunción entre paciente y terapeuta. Y se explica su resolución desde un punto de vista intersubjetivo.

Israel- Esta semana me han pasado cosas buenas y malas. La verdad es que tendría que estar contento porque mi tío y mi hermano se están portando muy bien: con los doce millones que nos dan entre los dos, nos sale la letra del piso a un precio razonable. Sin embargo, he vuelto a tontear con los porros y la cocaína. El otro día, antes de ir a firmar las escrituras me bebí dos copas de whisky y me metí una rayita en el portal.

Terapeuta- Lo que te ha pasado se parece mucho a lo que te ocurría hace años cuando trabajabas en la empresa anterior y te tomabas lingotazos de ginebra durante el tiempo de trabajo.

Israel- Bueno, entonces yo lo pasaba muy mal porque sabía que estaba mintiendo y que había entrado en la empresa por mi tío pero en realidad no sabía nada sobre el manejo del ordenador. Bebía en el trabajo de una botella que tenía escondida para sentirme bien.

Terapeuta- Claro, como te sentías tan mal profesionalmente, a través de la bebida buscabas de forma muy rápida un sentimiento de bienestar contigo mismo. Creo que algo parecido te ocurrió el otro día antes de las gestiones de la compra del piso. Tú sabes que es un cambio a mejor, vas a vivir en un piso más grande y bonito. Lo que pasa es que siempre se pierde en todas las decisiones. Lo que pierdes al comprometerte a vivir con tu hermana y con tu madre para tantos años, es el deseo tan intenso de vivir sólo, despreocupado de tu madre viuda y de tu hermana. Y para cambiar rápidamente ese malestar por la pérdida de ese deseo intenso...te tomas el whisky y la cocaína.

Israel- Es que mi madre y mi hermana me agobian tanto. Luego, no puedo vivir sin ellas. Si mi madre se muriese yo me moriría después. El otro día soñé que bajaban muchas arañas hasta mi cara desde el techo y desperté a mi madre y me abrazaba a ella. Busco continuamente los abrazos de mi madre y de mi hermana cuando estoy nervioso. Luego, siempre me dicen lo mismo «tú no te preocupes, hijo». Si hablo de un problema del trabajo, las dos me dicen lo mismo «no te preocupes» y luego mi madre se pone a hablar sobre las vecinas, que a mí no me importa nada o mi hermana sobre su novio. No les puedo contar nada.

Terapeuta- Cuando te dicen «no te preocupes hijo» te están diciendo realmente «lo que nos cuentas nos produce mucha angustia, no nos preocupes».

Israel- Pero no quiero hablar de mi madre, luego me siento muy culpable y la respondo mal. Lo que más me preocupa ahora es el trabajo. Estoy agobiado con muchos trabajos pendientes y me quedo paralizado y no empiezo ninguno, y me voy sintiendo cada vez peor. Es lo de siempre.

Terapeuta- En esta situación que te has encontrado muchas veces, ya sabes que no hay otra manera de rebajar el agobio mas que ponerte en acción y centrarte en un trabajo y luego en otro, paso a paso. No hay otro camino.

Israel- Entonces, sólo hay un camino.

Terapeuta- Sí.

Israel- Pues me voy a poner una raya cuando salga de aquí, me han entrado unas ganas enormes. (Luego, se va enfadando paulatinamente con el terapeuta hasta que termina la sesión bajo una atmósfera de desencuentro).

El terapeuta se quedó extrañado con este desenlace, no sabiendo a qué se debía el cambio producido al final de la sesión: el enfado y la reacción de querer consumir cocaína. No se entendía bien el por qué de esta reacción negativa a un tipo de intervenciones que el paciente había asimilado positivamente en otras circunstancias.

Revisando lo ocurrido en la sesión, el terapeuta pensó que Israel había comunicado una idea de «imposibilidad» en conseguir la casa independiente que soñaba y de «dificultad» de enfrentarse y organizar su propio trabajo. En esta situación, probablemente habría entendido la respuesta del terapeuta de «sólo hay un camino», como si le estuviera diciendo que el problema que a él le resultaba tan difícil fuera facilísimo y, por tanto, se estaría confirmando su sentimiento de ineptitud. Y para salir de ese sentimiento penoso se rebelaba contra el terapeuta y anunciaba tomar cocaína, como una manera de agredirlo y a la vez restaurar de golpe un bienestar consigo mismo. También poniéndose difícil con el terapeuta le devolvía la moneda: la sesión había pasado de fácil a difícil, de manera que el terapeuta tenía que vivir esa dificultad negada.

Pensando más en la historia de Israel, el terapeuta recordó cómo el sentimiento de dificultad ante el trabajo era central y atravesaba toda la vida del paciente. Llevaba 20 años en diversas empresas de un tío paterno y solamente desde hacía tres años había conseguido un sentimiento, aunque muy inestable, de eficacia. A los trece años, su familia le sacó del colegio para ir a trabajar de administrativo en la empresa de su tío. Estos primeros años los recuerda como un sin sentido. Apenas había trabajo, o le mandaban hacer cosas que el no sabía y nadie le enseñaba. De manera que se acostumbró a aparentar que sabía hacer lo que no sabía

realmente. Se libraba de los sentimientos de aburrimiento e incapacidad desarrollando un mundo de fantasía alternativo con ideas grandiosas. Y como no le interesaba el trabajo porque pensaba que le habían colocado ahí sin contar con él, tampoco se capacitaba profesionalmente. Es decir, su experiencia del trabajo era de gran dificultad, precisamente, el sentimiento que el terapeuta no había confirmado.

¿A qué podía deberse esta falta de sintonía? El terapeuta pasaba por una etapa profesional excelente, una vez superadas las grandes dificultades de sus comienzos. Tenía la sensación de estar «sobrado» en los últimos años, de comprender mucho mejor a sus pacientes, de verles crecer, y de integrar teoría y práctica. Esta actitud que en general resultaba positiva para la clínica, implicaba una situación de disyunción intersubjetiva entre terapeuta y paciente. El terapeuta tenía la experiencia emocional de que las cosas le salieran bien y fácilmente, mientras que al paciente le ocurría justamente lo contrario. Ahora bien, la resistencia del terapeuta a entrar en sintonía con el mundo emocional del paciente se debía a la evitación del recuerdo doloroso de las dificultades de sus primeros años como profesional: el miedo a la pérdida de pacientes, la desorientación entre teorías psicoanalíticas contradictorias, etc. Un proceso largo, intenso y doloroso que necesitaba reabrirse en parte para acceder a una comprensión empática del paciente.

La reflexión introspectiva de las resistencias del terapeuta para aproximarse empáticamente al paciente en esta sesión, permitieron una transformación del campo intersubjetivo por parte del terapeuta. Y a la siguiente sesión, cuando pudo retomarse el malentendido, el paciente pudo resintonizar con las rectificaciones del terapeuta. Esta intervención sumada a otras fue diluyendo el *impasse* en el que había caído el tratamiento en los últimos meses.

En conclusión, se puede observar cómo el paciente careció de la persona que le estimulara a crecer confirmándole en su self genuino y desarrolló un falso self de adaptación limitada. El terapeuta quiso «saltarse» en el paciente el doloroso proceso de cambio que él experimentó, con su confusión, incertidumbre, angustias. El cambio de foco del terapeuta a su propio mundo como capaz de generar respuestas en el paciente, le permite la resintonización y, a partir de ahí, el acompañamiento en el proceso de cambio. Por tanto, la posibilidad de concebir la subjetividad del terapeuta como elemento inductor y no sólo receptor de comunicaciones inconscientes, nos permite hablar de diálogo.

Es importante observar cómo el trabajo desde una perspectiva intersubjetiva implica un mayor desgaste emocional por parte del terapeuta. Al trabajo habitual de pensar y entender el mundo emocional del paciente, se añade el trabajo de esclarecer qué principios organizadores del terapeuta favorecen o perjudican el cambio en el paciente. También la «cura de humildad» que tiene que hacer el terapeuta constantemente al acompañar procesos de crecimiento tan lentos y, a veces, tan poco gratificantes. Cuando hay mejoría el terapeuta «olvida», necesitado como está también de éxito y gratificaciones, olvida que él también está creciendo profesionalmente y hay momentos en donde la dificultad para empatizar es una

pista para el proceso, y por tanto hay que volver a escuchar de nuevo. Somos la memoria de nuestros pacientes y esto supone tener también presente nuestra propia memoria.

Escena 5: Y una vez más, me equivoqué

Una joven, D, con diagnóstico de trastorno de personalidad límite, tras dos años de tratamiento lo interrumpe y regresa dos años después. Desde entonces hemos tenido dos sesiones semanales interrumpidas sólo por los períodos vacacionales. Durante el tiempo que hemos trabajado juntas hemos tenido que cambiar el horario de las sesiones en algún momento, debido a que D. no logra conservar sus trabajos (ha tenido hasta cuatro con diferentes horarios durante este último período de tratamiento de dos años).

Al salir de una sesión, en la puerta, se queda parada de espaldas, se vuelve..... me mira y me dice «*Bueno nada, hasta el martes*» normalmente hace esto pero esta vez me extrañó la ansiedad y a la vez la rapidez con que lo dijo. Sin darme cuenta me vi diciéndola:

T: ¿Me quieres decir algo?.

D: *no.....*Se va, y cerré la puerta.

En la sesión siguiente, al principio no comenta nada en relación con este hecho, pero en medio de la sesión dice:

«.....*el otro día no sabía si plantear un cambio de horario de una sesión por motivos de trabajo, pero, al final lo he arreglado.....*» .Seguimos la sesión y al final de la misma, decide pagar, le cobro y le doy el recibo¹¹. Nos despedimos como es costumbre en ella y cierro la puerta. Nada más cerrar suena el timbre. Y es D

D: Muy ansiosa y enfadada casi con ira me comunica: ¡Me has cobrado de más!

T: ¿Te he cobrado de más?

D: Un Euro.¹²

T: (tras darme cuenta) *Efectivamente, he cometido un error, el jueves lo ajustamos y te hago nuevamente el recibo.*

En ese momento, noto que le ha cambiado la cara, no está tan tensa, me sonrío y me da las gracias, se acerca, me da un beso y dice: «*Bueno ahora me puedo ir, adiós*».

Al cerrar la puerta me pregunté, ¿qué ha pasado aquí?

En la sesión del jueves siguiente, D. comenzó la sesión diciendo que se había ido muy sorprendida porque pensaba que aunque las dos podíamos saber que había habido un error en el cambio, ella temía decirlo y que debido a la exigua cantidad, yo no la hiciera mucho caso. Se quedó sorprendida que pudiera reconocer que me había equivocado y que rehiciera el recibo. Pensaba que yo no iba a admitir mi error y por eso se calló o llamó enfadada para «echarme la bronca». Insistió que había pensado en que un error de un Euro no le daría importancia y no admitiría el equívoco. Confesó que otras veces le había pasado esto con otras personas. A raíz de esto empezó a salir a luz el temor a ser rechazada y que podría temer una venganza por mi parte al haberme señalado un error. Sentía que podía ser rechazada y no valorada o que yo podía pensar mal porque ella reclamase un Euro.

Cuando hablamos de todo esto y pensamos el significado de lo que había sucedido, contó que sus padres no la hacían mucho caso en lo que ella decía y hacía, (la tuvieron ya de mayores con 49 años la madre y más de 60 el padre, tras dos hijos mayores. Su madre en la actualidad no sabe a qué se dedica, ni qué ha estudiado)

Manifestó que sus padres eran muy autoritarios y que siempre insistían en tener razón a toda costa. Que muchas veces se enfadaban y la castigaban si les señalaba que hacían algo que estaba mal. O si cometían alguna equivocación sin importancia.

D. temía tener que hacer con su terapeuta lo que siempre había hecho cuando le había pasado esto con otras personas significativas, *hacer como si no hubiera sucedido: llamarlo y sentirse idiota*, repitiendo una relación de objeto arcaica. Confesó que temía que la venganza estaría en que no le cambiara los horarios, en alguna ocasión que ella lo pudiera necesitar, con la consiguiente limitación que esto suponía para ella.

Habría que resaltar la actuación natural de la terapeuta de aceptar el error tranquilamente, sin sentirse perseguida, facilitando posteriormente el diálogo con la paciente sobre los sentimientos evocados en este error y los miedos a ser tratada como en otras ocasiones: o bien callarse y sentirse idiota o bien, exponerse a ser castigada y rechazada. Al no resolver la terapeuta esta situación desde la omnipotencia, y a la vez no renunciar al control de su función y de su ubicación, así como de la situación, la terapeuta brinda a D. la mejor posibilidad: clarificar qué sucede en lo real, sin sufrir las dramáticas consecuencias de ensayos de autonomía anteriormente fallidos.

Conclusiones

Las escenas que hemos presentado reflejan **diferentes estilos de respuesta del terapeuta** ante las que cabe preguntarse, ¿cuál es el elemento curativo

común de estas intervenciones? Recientemente, hemos debatido las propuestas de Bacal (1998), siguiendo la reseña y comentarios de Ramón Riera, acerca de la *responsividad óptima*. Bacal critica la idea clásica de que sólo la interpretación sea la intervención principal que produce un cambio estructural en el paciente. También critica el concepto de frustración óptima de Kohut como un concepto que va a contrapelo del resto de su teoría. Para Kohut el paciente necesita una dosis de frustración que le permite adquirir nueva estructura pues de lo contrario se acomodaría a recibir esta función de Objeto del Self. Por el contrario, Bacal opina que la estructura psíquica se creó en contextos de Objeto del Self suficientemente buenos. Además, considera que la responsividad óptima no se ciñe exclusivamente a la interpretación, ni a la respuesta empática, y pone ejemplos de respuestas terapéuticas diferentes: intervenciones directivas, reguladoras, respuestas naturales y espontáneas como la sonrisa y la confrontación.

Nos parece adecuado el concepto de **responsividad óptima**. En el psicoanálisis clásico ha habido una cierta confusión, más teórica que práctica, entre los objetivos de la investigación y de la psicoterapia. El objetivo de la investigación es **comprender** y ese fin se ha trasladado en ocasiones mecánicamente al paciente, confundiendo los intereses del terapeuta con los del paciente. El paciente necesita comprender pero sobre todo, una **respuesta adecuada que se adapte a sus necesidades evolutivas**.

En las escenas que hemos presentado puede observarse una amplia gama de respuestas terapéuticas. En la escena de Betty Newman el terapeuta actúa ocupando el lugar de una persona fundamental que trajo esperanza y transformación al paciente. En la escena «Lo que las etiquetas esconden» el terapeuta intuye la centralidad de un proceso defensivo en la inhibición del desarrollo, a través de la sintonía que deriva de la contraidentificación proyectiva. En la escena del «enojo» el terapeuta no se resigna a la impotencia del paciente para el cambio y responde como promotor del mismo. En la escena «fácil o difícil» el terapeuta analiza sus principios organizadores para resintonizarse emocionalmente y poder ofrecer una respuesta empática al paciente. Y en la escena «me equivoqué» el terapeuta ofrece una respuesta alternativa al ambiente autoritario del contexto relacional de origen del paciente.

Hay que señalar que esta respuesta adecuada a las necesidades evolutivas del paciente emerge de un contexto intersubjetivo donde se produce un **diálogo coherente**, en términos de Lyons-Ruth () o bidireccionalidad del vínculo. Unas veces en situaciones de conjunción intersubjetiva, como en las escenas de Betty Newman y de las etiquetas; y otras veces en situaciones de disyunción intersubjetiva como en las escenas del enojo, fácil y difícil y me equivoqué. Es decir, son ambos participantes, paciente y terapeuta, los que **buscan activamente, en interacción recíproca, la respuesta óptima del otro**.

En resumen, creemos que la respuesta óptima del terapeuta es **aquella que mejor se adapte a las necesidades evolutivas y favorezca el proceso**

psicoterapéutico específico de un paciente en una situación determinada. Esa respuesta, aparece en **un contexto intersubjetivo**, se integra en la compleja interacción que se da dentro del **binomio paciente- terapeuta**. Y a su vez, **crea o genera un cambio direccional en el proceso psicoterapéutico**.

Referencias

- Aburto, M., et al. (Colectivo GRITA). (1999). La subjetividad en la técnica analítica. *Intersubjetivo*, 1(1), 7-55.
- Ávila, A. et al. (Colectivo GRITA). (2002). Reflexiones sobre la potencialidad transformadora de un psicoanálisis relacional. *Intersubjetivo*, 4(2), 155-192.
- Bacal, H. (1998). Optimal responsiveness. How therapist's heal their patients. Comentario de Ramón Riera en *Aperturas psicoanalíticas, Revista de Psicoanálisis*, 1999.
- Lyons-Ruth, K. (2000). El inconsciente bipersonal: el diálogo intersubjetivo, la representación relacional actuada y la emergencia de nuevas formas de organización relacional. *Aperturas psicoanalíticas, Revista de Psicoanálisis*, 2000, (4). [Original de 1999]
- English Title: SCENES THAT MOVE US: THE PIVOTS OF CHANGE.

Notas

¹ GRITA es un colectivo de estudio e investigación fundado en 1995 por Alejandro Ávila Espada. En el período de elaboración final de este trabajo el colectivo estaba integrado por (en orden alfabético) Manuel Aburto, Alejandro Ávila, Amparo Bastos, Javier Castelo, Margarita Crespo, Susana Espinosa, Sonsoles García-Valdecasas, José Manuel Pinto, María Luz Rubí, Alfonso Viada, Pilar Vívar.

² La expresión «paciente rígido», recogida de la frescura del texto clínico, se usa aquí en el sentido de Personalidad Obsesivo-Compulsiva, con gran dificultad de expresión de sus emociones, corporalmente rígido, inhibido, no espontáneo.

³ Adherido a pautas rígidas, sin expresión emocional y circularidad en los contenidos.

⁴ Asociaciones por multiplicación: «¿Me dejas ocupar un lugar como el que tuvo Betty Newman?»

⁵ Como una atmósfera de juego y disfrute compartido (D.W. Winnicott).

⁶ Silencio-bloqueo, inhibición, precaución, ausencia de lo lúdico.

⁷ Tendría calidad perversa si el terapeuta utiliza al paciente para gratificarse narcisistamente.

⁸ Si introduce lo creador, más allá de los límites establecidos por los cánones técnicos.

⁹ Una de las funciones que realiza el cuidador primario en la diada (madre-Bb), vínculo primario, según la Teoría del Apego.

¹⁰ Pareciera como si su vivencia tuviera relación con haber vivido al objeto significativo como una figura amenazante.

¹¹ Este paciente pidió pagar por sesión y que se le diera un recibo cada vez. Excluimos aquí analizar la dinámica de este proceso, por otra parte un derecho del paciente.

¹² Ocurre en el primer pago después del cambio de moneda que se produjo en Enero del 2002.