



## ESPACIO - TIEMPO MENTAL: MÁS ALLÁ DE LA RELACIÓN<sup>1</sup>

Francesc Vieta Pascual<sup>2</sup>

Escrito en colaboración con Mercé Ferriz Gil  
Barcelona, Catalunya, España

La tesis que propone este artículo es que la relación depende en primera instancia de las dimensiones de espacio y tiempo físico y psíquico. El más allá de la relación es la dimensión espacio-temporal en la que se desarrolla ésta. Así pues, en este trabajo se presenta el concepto de espacio-tiempo mental, que al igual que en la teoría física de la relatividad, pasa a ser una dimensión inseparable, y espacio y tiempo dejan de ser conceptos absolutos. No se puede alterar uno sin que quede afectado el otro. Propone además una definición del tiempo mental íntimamente conectada con el cambio psíquico, colocando la temporalidad como un factor vital para entender mejor la clínica. Introduce, además, el concepto de tiempo recobrado como una función básica en la terapéutica psicoanalítica.

El autor considera que las ansiedades básicas en la creación, la vivencia y la aprehensión del espacio-tiempo mental, son las ansiedades claustrofóbicas y agorafóbicas. En realidad, serían las ansiedades que regulan la distancia emocional y temporal respecto al objeto, cuyos extremos serían la fusión con éste por un lado y la pérdida por otro. En el fondo, la relación terapéutica se basa en el intercambio verbal y no verbal entre paciente y terapeuta, regulado por dichas ansiedades.

**Palabras clave:** Espacio-tiempo mental, temporalidad, ansiedad claustrofóbica, ansiedad agorafóbica, bidimensionalidad, tridimensionalidad, tiempo recobrado.

The thesis proposed in this paper is that human relationship depends, in first case, on the psychic and physic space-time dimension, in which it develops. Thus beyond relationship there is the space-time dimension.

Therefore, in this work we present the mental space-time concept, which- as well as in the relativity physic theory- becomes an inseparable dimension, and space and time are not absolute concepts anymore. You can't modify one without affecting the other. Moreover, it proposes a definition of mental time intimately connected with psychic change, considering temporality as an essential factor for a better understanding of the clinical work. Besides, it introduces the recovered time concept as a basic function in the psychoanalytic therapeutic.

The author considers that there are two basic anxieties for creation, experience and apprehension of mental space-time. Those are the claustrophobic and the agoraphobic anxieties. Actually, they would be the anxieties that regulate the emotional and temporal distance from the object between two poles: the *fusion with* and the *lost of* the object. In fact, the therapeutic relationship bases itself on verbal and no-verbal interchange between patient and therapist and those anxieties are the ones that regulate the process.

**Key Words:** Mental space-time, temporality, claustrophobic anxiety, agoraphobic anxiety, bidimensionality, tridimensionality, recovered time.

**English Title:** Time and mental space: beyond relationship.

### **Cita bibliográfica / Reference citation:**

Vieta, F. (2007). Espacio-Tiempo mental: mas allá de la relación. *Clinica e Investigación Relacional*, 1 (1): pp 110-127.

[[http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen11Junio2007/CeIR\\_V1N1\\_2007\\_7F\\_Vieta/tabid/265/Default.aspx](http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen11Junio2007/CeIR_V1N1_2007_7F_Vieta/tabid/265/Default.aspx)]

## INTRODUCCIÓN

Antes de empezar a desarrollar el tema del trabajo me gustaría hacer un breve comentario sobre mi formación personal y teórica, que creo puede ayudar a acercarse a las hipótesis que presento en este artículo de una manera más abierta y comprensiva. Doy por descontado que también es necesaria una mirada crítica. Mi formación académica ha sido principalmente de base kleiniana y postkleiniana. A nivel personal, nunca me han acabado de convencer los intentos de explicar parte del sufrimiento humano, debido a una cosa inefable, destructiva y eterna. De hecho, creo que si fuera así, estaríamos perdidos. A lo largo de este trabajo el lector verá que utilizo diferentes conceptos de autores de diversas escuelas psicoanalíticas. Una crítica que se me podría hacer es que me apropio de estos elementos y los empleo como a mí me conviene. Bien, es cierto. Pensarán que soy un ecléctico (los seres humanos siempre, en un primer momento, necesitamos clasificar a las personas), pero creo que mi postura teórica va más allá de coger de aquí y de allí lo que más me interesa. Quizás en un trabajo posterior profundice en este aspecto. Creo que hoy en día el psicoanálisis relacional, es el que mejor está integrando las valiosísimas aportaciones que han ido haciendo las distintas escuelas de orientación dinámica. Lo que está implícito en el artículo que presento es, que si hoy estamos entendiendo más y mejor la clínica es gracias a los errores y aciertos de los que nos han precedido. De ellos heredamos lo bueno y lo malo que nos han transmitido, dentro de las limitaciones derivadas del paradigma imperante en su momento, que era su espacio-tiempo mental social. Bion es un claro ejemplo de un autor limitado por el paradigma científico de su época, pero con un gran afán de trascenderlo. El concepto de *reverie* (Bion, W. 1959) fue una bocanada de aire fresco para el “bebé kleiniano”. De hecho, toda su obra intenta superar las barreras que el espacio-tiempo mental creado por el paradigma cartesiano, le imponía. Creo que ha llegado el momento de que seamos más consecuentes con aquello que intentamos transmitir a nuestros pacientes. Y es que, al igual que ellos mejoran a medida que van pudiendo elaborar, con nosotros, aquello que les fue mal en la relación con sus objetos primordiales, debido, en parte, a las limitaciones de éstos, nosotros deberíamos superar- que no triunfar sobre- el complejo edípico propuesto por Freud, y entender, a un nivel profundo, que no se trata de matar a nuestra madre y nuestro padre ni tampoco de casarnos con ellos, sino de intentar trascender a través de la relación y así transmitir de una manera cada vez más compleja, rica y asimilable, aquello que recibimos, a las generaciones futuras. Lo que hoy no podemos entender, malinterpretamos, o no vemos, corresponde a un espacio-tiempo que aun no existe, tener esto en mente es un primer paso para crearlo.

“Las teorías del modelo relacional (...) no nos describen como un conglomerado de impulsos de origen físico sino como si estuviéramos conformados por una matriz de relaciones con los demás, en la cual estuviéramos inscritos de manera inevitable, luchando simultáneamente por conservar nuestros lazos con los demás y por diferenciarnos de ellos. Según este punto de vista, la unidad básica de estudio no es el individuo como entidad

separada cuyos deseos chocan con la realidad exterior, sino un campo de interacciones dentro del cual surge el individuo y pugna por relacionarse y expresarse. El deseo siempre se experimenta en el contexto de la relación, y este contexto define su significado. La mente está compuesta de configuraciones relacionales. La persona sólo es inteligible dentro de la trama de sus relaciones pasadas y presentes. La búsqueda analítica implica el descubrimiento, la participación, la observación y la transformación de estas relaciones y de sus representaciones internas” (Mitchell, S., A.1993pág.14). Lo que intento explicar desde la observación de la vida diaria y de la clínica es lo que Mitchell llama de distintas maneras: campo de interacciones, contexto, configuraciones relacionales. Todos estos términos denotan implícitamente algo que está más allá de la relación.

Hace ya unos años asistí a una paciente que me hizo pensar en el concepto de espacio mental. En concreto lo que observé como núcleo principal en esta joven con sintomatología fóbica e intensas ansiedades de separación, fue una disociación del espacio mental. Había dividido su mundo interno en un espacio al que llamé de exclusividad y otro de lo excluido. En el primero la relación con el objeto es ideal, no hay separación o sólo hasta cierto punto. En dicho espacio todo es perfecto, ya que el objeto es sentido como omnipotente y el tiempo está parado o es eterno. Mientras que en el segundo imperan las ansiedades persecutorias, ya que lo forman todos aquellos sentimientos y relaciones excluidas para poder mantener la relación fusional o de dependencia; es decir, los celos, la envidia, el pensamiento, el tercero... Es el mundo del tercero desinvertido, que se puebla de ansiedades sumamente persecutorias. En dicho espacio el tiempo es también persecutorio. El éxito del tratamiento así como aquellos aspectos que quedaron incomprendidos despertaron mi interés por profundizar en este concepto. Posteriormente, al analizar el material onírico de la paciente advertí que el tiempo - mental- hasta entonces tratado de forma implícita, ocupaba un papel destacado. Así fue como empecé a pensar en el espacio y tiempo mentales como dos dimensiones inseparables, igual que en la teoría física de la relatividad. En experiencias clínicas posteriores pude comprobar que siempre resulta importante analizar la clínica desde esta perspectiva.

Toda relación, por definición, sea física o psíquica, interna y/o externa, se da en el espacio-tiempo. En la bibliografía psicoanalítica, al menos hasta hace poco, se ha tendido a explicar la psicopatología y el aparato mental en términos primordialmente espaciales. Sin embargo la dimensión temporal ya desde Freud, ha impregnado toda la teoría – fijación, regresión, compulsión a la repetición, fases, *après-coup*, timing, etc –así como la técnica – construcción del *setting*: duración de las sesiones, frecuencia, limitación o no del tiempo de tratamiento, interrupciones por vacaciones; y las vicisitudes correspondientes: retrasos, confusiones de hora o día, etc.

Probablemente por la propia dificultad de aprehensión del concepto temporal ha sido difícil de teorizar. También creo que puede haber influido la tendencia que tenemos, al menos en el mundo occidental, a parcializar y clasificar los objetos de conocimiento.

No obstante en los últimos veinte años la literatura psicoanalítica en relación a la temporalidad ha experimentado un aumento considerable.

## ESPACIO-TIEMPO FÍSICO Y MENTAL

El siglo XX, dentro del campo de la física, fue una época de cambio de concepción del mundo y del universo extraordinaria. La teoría de la relatividad de Einstein y el

descubrimiento de la física cuántica provocaron una conmoción que se extendió también a otras disciplinas, como la filosofía y la psicología.

Dentro del psicoanálisis se está llevando a cabo una intensa revisión del *setting*, sobre todo referida a la pretendida neutralidad del terapeuta, que creo se deriva en parte de los descubrimientos de la física cuántica. El hecho de haber podido comprobar que inevitablemente, sólo por observar ya estamos provocando cambios en las relaciones entre las partículas subatómicas, ha sido, como diría Bion, un cambio catastrófico. También el cambio de concepción respecto al espacio y el tiempo, que en la física newtoniana eran conceptos absolutos y que a partir de Einstein pasan a ser relativos, ha sido determinante. Que espacio y tiempo sean absolutos quiere decir que diferentes observadores en situaciones distintas, medirán siempre igual espacio e igual tiempo de un mismo hecho. Un ejemplo hipotético (Hawking, S. 1988) puede ilustrar dicha relatividad:

*“El señor A sube a un avión A con un reloj perfecto y el señor B sube a un avión B con otro reloj perfecto; ambos vehículos salen desde el mismo punto y al mismo instante, pero en direcciones opuestas, el A hacia el este y el B hacia el oeste, y a la misma velocidad. El señor A llegará antes al punto de partida ya que habrá estado volando siguiendo el mismo sentido que el de la rotación terrestre”.*

A nivel mental todo esto ya lo sabíamos; resulta evidente que no tenemos la misma sensación de duración de una conferencia, por ejemplo, si nos está interesando o divirtiendo que si nos aburre. Sin embargo se trata de un fenómeno algo más complejo ya que el e-t es distinto según el tipo de relación de objeto que mantengamos; y no sólo eso, el e-t físico y el psíquico se influyen mutuamente. Con el ejemplo de la conferencia interesante o aburrida queda claro cómo un mismo hecho físico puede ser vivido respecto al e-t de diferente manera, pero también la concepción espacio-temporal y el tipo de relación de objeto predominante en una cultura, por ejemplo, condicionan las relaciones físicas. En la sociedad occidental predomina una concepción del tiempo lineal. Esto, entre otras causas como la economía, evidentemente, provoca en general una sensación de prisa, de que el tiempo se acaba y desemboca en un determinismo reduccionista y al fin bastante destructivo. De hecho hay técnicas psicofísicas como el biofeedback que están teniendo éxito en la prevención de ciertas cardiopatías derivadas del estrés, a base de intentar cambiar este tipo de mentalidad (Dossey, L. 1982).

## ESPACIO – TIEMPO MENTAL: DOS DIMENSIONES INSEPARABLES.

Siguiendo a Grinberg (Grinberg y Grinberg, 1980a) diría que el espacio mental es la dimensión que hace referencia a la organización espacial de las relaciones de objeto interno. Puede ser unidimensional (autismo), bidimensional (relaciones narcisistas), tridimensional (relaciones edípicas) y tetradimensional -Grinberg se refiere aquí a un tipo de espacio donde predomina un tipo de vínculo más maduro basado en la identificación introyectiva. Sería el que permite al sujeto auto-observarse, identificado con la función de comprensión del terapeuta (Grinberg y Grinberg, 1980b) o de contención y *reverie* de la madre.

En cuanto al tiempo mental, como ya he comentado al principio, aunque la bibliografía en los últimos años ha aumentado considerablemente, no he encontrado una definición clara y satisfactoria, a mi entender, de dicho concepto. Como explica J. L. López-Peñalver en su introducción a un monográfico sobre la temporalidad (López-Peñalver, 2002), no existe una

conceptualización de dicho término en la obra de Freud. Sin embargo, desde sus orígenes está inmersa en ella. Desde sus primeras obras asume una teorización de la memoria que se aleja de una cronología puramente lineal. En la primera teoría del trauma, como núcleo patógeno, ya se observa una direccionalidad compleja de la temporalidad. En el proyecto de psicología introduce la concepción del *après-coup*, básica para entender no sólo la temporalidad en la obra de Freud, sino también la cura psicoanalítica. Es así como el análisis o la terapia psicoanalítica por *après-coup* resignifican la historia del paciente. Con el abandono de su neurótica, pasa al primer plano el fantasma. Aparecen los recuerdos encubridores y el deseo inconsciente pasa a ser el motor del funcionamiento psíquico y por tanto de la memoria. Será en la interpretación de los sueños cuando Freud describa el funcionamiento del inconsciente e introduzca la atemporalidad de los deseos inconscientes. Otro punto primordial para entender la crucial importancia del aquí y ahora en la terapéutica psicoanalítica. Finalmente con la segunda tónica, Freud pasa de hablar únicamente de una repetición del pasado infantil en el presente basada en el principio de placer, a contraponerla con una repetición compulsiva basada en la pulsión de muerte. La primera, dominada por la libido, tendería a unir unidades cada vez más complejas. El presente recuperaría el pasado transformándolo; de manera que hablaríamos de una reconstrucción permanente de la historia. La segunda, dominada por la pulsión de muerte, se basaría en la repetición de lo idéntico, de lo irrepresentable; repetición traumática que, como nos recuerda López-Peñalver, ha sido descrita por algunos autores en relación a la temporalidad como un tiempo congelado, paradójico, petrificado- tiempo estallado o fragmentado. Traumas inelaborables, en los que la repetición ocupa el lugar de la rememoración y de la transformación.

Es muy importante distinguir tiempo físico y tiempo psíquico. Pero no sólo esto, también habría que diferenciar dentro del tiempo psíquico dos conceptos: tiempo subjetivo y tiempo mental. El tiempo subjetivo sería la vivencia respecto al tiempo físico, mientras que el tiempo mental sería un concepto mucho más amplio y abstracto, que en realidad incluye al primero. Un ejemplo puede ayudar a entender mejor este punto: Si una conferencia de una hora nos ha parecido más larga, la vivencia subjetiva de la duración corresponderá al tiempo subjetivo. Pero lo que intento explicar es que realmente a nivel mental, para ese sujeto, la duración de la conferencia ha sido más larga. A esto me refiero cuando hablo de tiempo mental. Con el espacio ocurre algo parecido: El tamaño de una habitación puede ser captado subjetivamente más ajustado o menos a la realidad física dependiendo del tipo de vivencia que tengamos en ese momento. Por ejemplo, algo muy típico en nuestra profesión es la vivencia subjetiva de las dimensiones físicas del despacho y de la sala de espera. Si, por ejemplo, un paciente viene un día muy ambivalente respecto a su deseo de continuar en terapia, puede sentir que la sala de espera le resulta agobiante debido a una ansiedad claustrofóbica, y entonces verla más pequeña o con menor volumen y por tanto menor capacidad para albergar el aire suficiente para poder respirar bien, por eso necesita abrir la puerta. Este ejemplo muestra el espacio subjetivo, pero la realidad interna está verdaderamente desarrollándose en ese momento en un espacio muy reducido.

Entiendo por tiempo mental la dimensión del cambio psíquico. Esto quiere decir que el cambio sólo es posible dentro del tiempo; no hay cambio si no pasa el tiempo, y esto es cierto tanto para las relaciones físicas como para las psíquicas. El tiempo psíquico es pues el transcurrir de la dialéctica dentro y entre los distintos tipos de relación de objeto. El e-t mental sería el marco del elemento psicoanalítico  $Ps \leftrightarrow Pd$  introducido por Bion. El tiempo mental cobra importancia en la clínica, sobre todo, en los momentos de cambio de tipo de relación de objeto.

John Weeler, físico americano, define el tiempo físico como aquello que impide que todo

pase a la vez (Swain, 2002). Creo que esta definición puede ayudar a entender mejor algunas de las vicisitudes por la falta de tiempo mental. Por ejemplo, podemos observar con cierta frecuencia en la clínica actual la vivencia angustiante de algunos pacientes expresada, explícita o implícitamente, como que todo se les echa encima. Muchas veces se interpreta, sobre todo desde determinados modelos teóricos – se acabe diciendo o no- que lo que le pasa al paciente es debido a vivencias persecutorias por un supuesto ataque previo al objeto. Según mi punto de vista es preferible interpretarlo como la falta de un e-t mental que permita el pensamiento. Se puede observar, por ejemplo, en pacientes que siempre van con prisas y que sufren mucho por el paso del tiempo cronológico. En este caso el paciente confunde la falta de tiempo mental y de un espacio de reflexión con la prisa por un tiempo físico que se le escapa. Es así como acaba sintiendo, al no poder pensar y actuar en consecuencia, que no es protagonista de su vida y que no la gobierna, sino que son los acontecimientos los que se le echan encima. Este e-t mental que permitiría el pensamiento se desarrolla, principalmente, a través de la relación con los objetos primordiales, como explicaré más adelante.

## ANSIEDADES BÁSICAS EN EL E-T MENTAL

Debido al predominio en la literatura psicoanalítica del pensamiento basado en conceptos espaciales, suelen interpretarse tanto la ansiedad claustrofóbica como la agorafóbica únicamente en estos términos: en el primer caso el paciente teme los espacios cerrados como representación de un espacio mental de fusión con el objeto, que implica que el sujeto quedará atrapado dentro de aquel, destacando el tipo de espacio mental como causa del malestar. En el segundo caso se interpreta el temor a los espacios abiertos como representación del espacio de pérdida del objeto. No obstante, sólo con considerar el tiempo físico, resulta evidente la importancia del factor temporal. Por ejemplo: si consideramos un paciente dominado por cualquiera de ambas ansiedades y le pedimos que se exponga durante un minuto a la situación aversiva, resulta evidente que estará más dispuesto a aceptarlo que si el tiempo de exposición es de dos horas; probablemente si no especificamos ese tiempo, la disposición será aún menor.

El ejemplo anterior nos ilustra acerca de la íntima e indisoluble relación entre el e-t externo e interno. Así como no se puede entender ni concebir la realidad externa sin la realidad interna y viceversa, lo mismo ocurre con el e-t externo e interno. Si consideramos que los estados de fusión con el objeto, de cierta falta de diferenciación, como por ejemplo durante la relación sexual, así como los estados de separación son propios del funcionamiento mental normal, entonces a mi entender, es el factor temporal el que determina si la ansiedad será traumática o no. Lo realmente angustiante no es sentirse atrapado en un espacio de relación oprimente, ni tener miedo a lo desconocido en un espacio de relación demasiado abierto, sino que lo verdaderamente traumático es sentir que ya **nunca** podremos separarnos o que **jamás** recuperaremos la relación con el objeto.

En la agorafobia se podría decir que es la vivencia de un tiempo que se expande la que crea la ilusión de un espacio sin límites. En la claustrofobia es la vivencia de un tiempo detenido la que crea la ilusión de un espacio oprimente. Desde mi punto de vista estas son las dos ansiedades básicas para la creación del e-t mental.

## TIEMPO RECOBRADO

Por tiempo recobrado quiero dar a entender, no la recuperación del tiempo perdido a través de su negación, o el esfuerzo titánico por mantener vivo el pasado, sino la posibilidad de adquirir una noción de tiempo más bien integrada. Para ello es necesaria la elaboración del duelo de la omnipotencia.

Es importante no confundir la concepción y vivencia de un tiempo lineal con lo que entiendo por tiempo recobrado, que es una temporalidad integradora. El tiempo lineal es el que impera en la cultura occidental, gobernada por la prisa, el consumismo, la idealización de la juventud, el odio y desesperación por el proceso natural de envejecimiento, etc.

En el tiempo recobrado no hay una idea fija de salud mental, entendida como libre de compulsiones repetitivas, resentimientos, reproches y autorreproches, ansiedades catastróficas, revivencias de traumas, etc., sino como la posibilidad de revivir todo esto, pero a través de un proceso multidireccional en el que a cambio se conserva la esperanza y la ilusión de acceder a un e-t de creatividad.

¿Qué entendemos por proceso multidireccional?: en el psicoanálisis clásico cuando un paciente presenta una reacción terapéutica negativa se interpreta como un retroceso, como un hecho indeseable aunque, al mismo tiempo, tal vez inevitable; a través de distintas posturas teóricas se pretendía que el paciente dejara de funcionar de dicha manera. Desde el modelo del e-t mental creemos que el paciente necesita ver cómo nosotros también entramos y salimos de dichos estados mentales. Si alguien ha sufrido un trauma no es patológico que sufra ansiedades catastróficas, reviviendo ante determinados estímulos aquello que marcó su vida de manera indeleble. El problema que debe solucionar con nosotros es el hecho de quedarse atrapado en dicho estado. El proceso multidireccional representa la integración de presente, pasado y futuro a través de la nueva experiencia de relación que le permitirá revivir aquello doloroso que le pasó, aquello que se siente actualmente incapaz de hacer o que no puede evitar seguir haciendo y aquello que teme que nunca hará o que jamás podrá dejar de hacer, con la esperanza de que surja algo nuevo y creativo.

Creo que la función de tiempo recobrado es más amplia y compleja que el espacio tetradimensional que propone Grinberg (Grinberg y Grinberg, 1980b). No se trata únicamente de la identificación con la función auto-observadora, sino que también incluye el atrevimiento y la capacidad de perderse dentro de los distintos e-t mentales, con la esperanza de contactar con el *hecho seleccionado* con ternura y con la firmeza para volver a salir.

El tiempo recobrado no es un espacio al que se pueda acceder siempre que se desee, no es una posición, no es una fase; es más bien un baile, una aventura, un no deseo y no memoria, un salto al vacío con la esperanza de encontrar aquello que nos rescate y rescate también al paciente.

Funcionar con un tiempo recobrado quiere decir aceptar la posibilidad de no entender, de no saber qué decir, de no poder acceder al *hecho seleccionado*, pero con la esperanza de poder hacerlo en algún momento, si no es durante la sesión quizás en la siguiente, o mantener dicha esperanza depositada en el mismo paciente, fuera de la sesión, a partir de alguna cosa que le hayamos aportado.

El siguiente ejemplo puede ilustrar este concepto:

*Una mujer joven consulta por haber sufrido diversas crisis de angustia después de haber intentado estudiar la carrera de derecho. Existía una gran presión familiar debido a que el padre, catedrático de dicha disciplina, tenía estos estudios sumamente idealizados. En la descripción que hacía la paciente de su padre éste aparecía como un personaje despótico, controlador y sumamente obsesivo. La madre, también abogado, parecía, según la paciente, vivir la vida a la sombra de su marido. Aunque la paciente pudo, a través de la terapia, iniciar unos estudios alternativos que le interesaban más, cuando llegaron los primeros exámenes sufrió un bloqueo que le impidió estudiar y una gran desesperación con ideas autolíticas.*

*El bloqueo que aparece en esta viñeta clínica podría explicarse desde algunos modelos teóricos como la consecuencia de la fantasía inconsciente de deseo de triunfo sobre el padre, ya que aprobar significaría triunfar sobre él, luego temer su venganza. La paciente había podido expresar sentimientos de rabia intensa hacia su progenitor en diferentes sesiones. Mi estado, en esas ocasiones, fue de comprensión empática, permitiéndome de esta manera desarrollar la ayuda para que pudiera empezar a preguntarse el porqué de la actitud de su padre. En esta sesión, desde mi punto de vista, creo que la paciente estaba bloqueada porque no aceptaba la posibilidad de suspender.*

*¿Qué es lo que me hizo pensar en ello y sintonizar con su sentimiento?:*

*Primero me di cuenta de que la paciente estaba muy desesperada (sin espera en el presente); todo su discurso estaba lleno de términos tajantes y se notaba que había perdido la esperanza (desesperanzada, sin futuro). Contratransferencialmente me fui sintiendo cada vez más atrapado en este e-t de relación. Mi propia vivencia era la de no poder salir adelante, pero al poder observarlo pensé que seguramente esto era lo que ella estaba sintiendo respecto a los exámenes. Yo había entrado en el espacio transicional de la relación terapéutica que en aquel momento era bidimensional sin perder la esperanza de poder salir y pude observar el tipo de relación que estábamos manteniendo, donde yo también sentía una angustia similar a la de la paciente. Pero al haber podido acercarme con ternura y escucha permitió a la paciente poner límites a su propia angustia; ahora ya sentía que podía esperar. Al poder esperar ya no estaba desesperada. Me pareció que lo que la paciente no podía aceptar era la posibilidad de suspender ya que sin la función de tiempo recobrado no tenía la esperanza de que si suspendía no fuera catastrófico.*

Creo que toda acción involuntaria, es decir, que está fuera del control consciente, o que toda situación cuyo resultado no depende sólo de uno mismo, precisan para su adecuada ejecución de un e-t mental que permita al sujeto reconocerse con éxito o sin él. Considero que hay problemas de impotencia en el hombre, por ejemplo, que se podrían entender mejor desde esta perspectiva; nadie puede forzarse a tener una erección siempre que quiera. Si el hombre no contempla la posibilidad de no tener una erección en un momento en que está a punto de tener relaciones sexuales, el e-t mental se disocia, de manera que en el espacio de lo exclusivo todo es positivo, el sujeto "sabe" que aprobará el examen, o que tendrá una erección siempre que lo desee, que se dormirá siempre que quiera, etc. Pero de esta manera en el e-t de lo excluido queda todo lo que el sujeto no quiere, o no puede reconocer. Esta configuración del e-t mental entra en contradicción con la realidad externa y además resulta sumamente persecutoria, ya que la posibilidad de suspender el examen, de no tener erección, de no dormirse, etc, es vivida como el pánico y el riesgo de no existir.

Quizás la siguiente escena inquietante, esta vez hipotética, ayude a pensar y aliente la discusión sobre el tema:

• *Una madre está con su bebé. Éste empieza a llorar. La madre se pregunta si tendrá hambre, prueba y ve que no. Piensa que igual está angustiado y abraza al niño. Pero el niño sigue llorando y la madre siente que no sabe qué más puede hacer. Tal vez piense entonces que es normal que un bebé de esta edad necesite llorar y no se alarme, permaneciendo junto a él. Finalmente el bebé deja de llorar.*

• *Otra madre que está con su bebé que también empieza a llorar intenta averiguar si tiene hambre. El niño sigue llorando y ella intenta ahora abrazarlo con cierta angustia. El bebé sigue llorando, cada vez con mayor desesperación. La madre se siente cada vez más irritada y se enfada con su bebé y lo zarandea con rabia. Finalmente la madre da un portazo dejando al bebé llorando solo.*

En la segunda situación podríamos hablar de la falta de contención de la madre, de su baja tolerancia a la frustración, de que el bebé se ha convertido en un objeto malo en su mente porque la hace sentir mala madre. También, desde el modelo del apego, diríamos que si este modelo relacional se repite con frecuencia, el bebé internalizará o aprenderá un patrón de regulación mutua inadecuado. Pero hay un hecho que es vital explicar: ¿Por qué durante los primeros minutos la madre es “suficientemente buena” y después ya no? Creo que la clave está en la pérdida de la esperanza por parte de la madre de poder tranquilizar a su bebé. Si el e-t mental de la madre es tridimensional y funciona con un tiempo recobrado, podrá aceptar ser cuestionada, ya que el tercero en dicha dimensión no es necesariamente malo. En ambos ejemplos el tercero sería aquello que no sabe de lo que le pasa a su bebé. Por lo tanto se dará un tiempo para pensar, podrá practicar el ensayo-error y pedir ayuda en caso necesario.

Así pues, en la segunda situación nos encontramos una madre que se relaciona inicialmente en un e-t mental tridimensional, que le permite acercarse a su bebé cuando llora. Hace un intento adecuado de reestablecer la buena relación con el bebé a través de la fusión, en este caso abrazándolo; no obstante, ante la persistencia del malestar del pequeño, se queda atrapada en el e-t bidimensional donde el tiempo está parado y por lo tanto siempre será una mala madre y el malestar será eterno, por esto se separa de manera brutal. Si la madre pudiera desarrollar una función de tiempo recobrado, entraría en un e-t mental de relación fusional conservando la esperanza de poder salir tanto ella como su bebé.

## ESPACIO-TIEMPO MENTAL Y APEGO

El e-t mental se va creando a través de la relación con el objeto. Depende de la constancia de éste, pero no sólo de eso; depende también de que la presencia y la relación con el objeto sean suficientemente satisfactorias. También que la separación dure lo suficiente para permitir echar en falta al objeto, aunque no tanto como para que se rompa el vínculo de confianza que se está creando. Dicho vínculo es el que permite que el sujeto sea cada vez más capaz de tolerar la frustración, y vaya realizando el proceso de diferenciación, separación e identificación, imprescindibles para adquirir un self cohesionado en el espacio y el tiempo. Todo lo anterior está sumamente simplificado ya que también intervienen otros factores como: las ansiedades por la presencia del objeto, las ansiedades del objeto, el patrón de regulación mutua, los ritmos biológicos y el ajuste a los ciclos externos, la relación con el tercero, etc.

## CAMBIO PSÍQUICO Y ESPACIO TIEMPO MENTAL

Según Coderch, (2001) el cambio psíquico se produce gracias al insight consecutivo a la interpretación de las fantasías inconscientes dentro de la nueva experiencia de relación que se da entre paciente y analista. Según el autor, estos son los agentes terapéuticos fundamentales que conducen a la obtención de las necesarias modificaciones estructurales.

A nuestro entender se debería incluir un factor complejo que trasciende a la relación y que es el marco en que ésta se desarrolla. La patología no se halla únicamente en el tipo de relación que se establece, sino también en la inexorabilidad de la misma.

El e-t mental es el marco de toda relación y si pretendemos que sea posible el cambio es imprescindible crear un **espacio** que permita el pensamiento y la comprensión dentro de un **tiempo** que posibilite el movimiento relacional, intra e intersubjetivo. Además pensamos que es una aportación novedosa la posibilidad de interpretar más allá de la relación, es decir, interpretar el marco relacional, las dimensiones del cambio. Hasta ahora se habían interpretado implícitamente las dimensiones del espacio y el tiempo mental y el tipo de relación derivada de determinadas fantasías inconscientes o de las defensas ante dichas fantasías. Con el nuevo modelo se interpreta explícitamente el tipo de relación, la fantasía inconsciente y el e-t mental en el que se desarrollan.

El cambio psíquico se produce al ir adquiriendo una noción y vivencia más integrada del **e-t mental pasado** (aquello que le pasó al paciente y las interpretaciones que él y sus objetos internos y externos hicieron), junto con el **e-t mental presente** (aquello que le pasa y como lo interpreta él y sus objetos internos y externos) y el **e-t mental futuro** (cómo espera y esperan que pueda cambiar él y aquellos que le rodean interna y externamente). Es decir, cómo ha podido y sigue pudiendo integrar el e-t de sus relaciones.

## TIPOS DE INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS DESDE EL MODELO ESPACIO-TEMPORAL

Es importante distinguir cuándo mostramos implícitamente el e-t mental en el que transcurren las relaciones intra e intersubjetivas del paciente – a través de una actitud terapéutica de tiempo recobrado – de cuándo interpretamos las vivencias que pueda tener respecto al e-t físico. Además es importante saber captar cómo son las relaciones en cada tipo de e-t mental y el tipo de intervención que pueda ayudar al paciente a ampliar las dimensiones espacio-temporales.

Para saber encontrar en el aquí y ahora de la terapia, el tipo de intervención que puede favorecer tanto el acceso a un e-t tridimensional como la identificación introyectiva de la función de tiempo recobrado por parte del paciente, es vital primero saber identificar el tipo de discurso y vivencia emocional, enmarcada en un e-t mental determinado, de los padres (del progenitor más influyente en el desarrollo del niño, también de los hermanos y del grupo familiar). Por ejemplo, un discurso parental pesimista, los enfados inacabables, el resentimiento, el discurso parental determinista y de “*après-coup*” (“ya te lo había dicho”, “esto te pasa por no hacerme caso en lo que te digo”, etc). El sentimiento de impotencia invasivo en cierto tipo de pacientes, el abandono, la falta de previsión y de cuidado personal

puede provenir, entre otras causas, a veces de un tipo de discurso parental como el anteriormente descrito, que acaba creando un e-t mental en el que todo está ya predeterminado, y por lo tanto no vale la pena hacer nada porque no se puede cambiar. No obstante, sólo será verdaderamente catastrófico para el sujeto, si el discurso se da dentro de un e-t bidimensional del que no se puede salir, es decir totalitario (“o estás siempre conmigo o estás en mi contra”). Hay un ejemplo clínico de Hugo Bleichmar (1997. Pag. 135) a propósito de las vicisitudes del sentimiento de impotencia que puede servir para ilustrar la tendencia a la espacialización del pensamiento y a ignorar el más allá de la relación:

*“Un caso particularmente interesante se produce cuando el sentimiento de impotencia que surge por el fracaso real o imaginario en un área restringida de la actividad del sujeto sufre la transformación generalizadora- «No pude hacer tal cosa (X)..., no puedo hacer nada»-. Y luego el «no puedo hacer nada», vivido así, con carácter absoluto, se espacializa en el sentimiento «estoy atrapado». Esta particularización de la impotencia depende, a veces, de ciertas circunstancias vividas. Así, un paciente, cada vez que sentía «yo no puedo» -cualquiera que fuera la circunstancia específica que condujera a esta convicción- evocaba en su mente una fantasía privilegiada: ser sofocado por un persecuidor poderoso, lo que resultaba, entre otras razones, de momentos vividos en la relación con un padre narcisista que para demostrarle su fuerza le apretaba contra su pecho, rodeándole con brazos que el paciente recuerda como que «eran enormes».*

*Las creencias sobre la impotencia del sujeto y su contrapartida, las creencias omnipotentes, son los extremos de una dimensión que forma un trasfondo de toda la vida mental. Lo que todo sujeto se plantea en primer lugar, y de manera inconsciente, ante cualquier deseo es si será capaz de realizarlo o no. La respuesta a este interrogante, captada dentro de un código narcisista o uno persecutorio, lo llenará en el primer caso de júbilo o de dolor narcisista y, en el segundo, de terror o de alivio. El sentimiento de impotencia «yo no puedo... (X, lo que sea)» es, entonces, una creencia matriz abierta a la particularización, a las mil imaginaciones fantasmáticas que van dotando de especificidad a la X.”*

En este ejemplo podemos ver cómo H. Bleichmar pone el acento en la creencia matriz, pero no explica cómo se generaliza el “no pude hacer esto” a “no puedo hacer nada”. Añade a continuación que esta creencia (no puedo hacer nada) vivida con carácter absoluto se espacializa en el sentimiento “estoy atrapado”. No hay duda que se trata de un sentimiento espacial, pero como ya he comentado a lo largo del artículo, el carácter decisivo en cuanto a su potencial traumático se lo confiere el factor temporal. Es decir, sentir que no eres capaz de hacer algo, puede ser más o menos frustrante, sentir por unos momentos que eres incapaz de hacer nada, puede aumentar el sentimiento de impotencia, pero estar convencido de que nunca podrás hacer nada por ti mismo, es absolutamente insoportable. Los brazos enormes del padre del paciente que lo oprimían, es el e-t mental bidimensional, que le hace sentir que siempre será el hijo incapaz de un padre omnipotente. La creencia matriz es la idea central que domina dicho e-t de la relación, de manera que todas aquellas situaciones que afectivamente, sobre todo, pero también a nivel simbólico y/o procedimental conecten con dicha creencia, serán vividas dentro del e-t mental bidimensional.

Un bello ejemplo de transmisión de esperanza y que por tanto implica un tiempo recobrado, lo explica Hugo Bleichmar en su magnífico libro de avances en psicoterapia (Bleichmar, 1997, pag. 319). Nos habla de un paciente judío que sobrevivió al holocausto, que recordaba con agradecimiento como su padre, después de todos los preparativos, les infundió esperanza a él y al resto de su familia, cuando al tener que huir por separado de la Alemania nazi les dijo: “nos vemos en América” con total convicción de que eso sucedería, denotando una actitud esperanzada probablemente presente en más situaciones. En este caso e-t físico y e-t mental casan a la perfección, son una promesa y una apuesta por la vida.

En el ámbito de la técnica, quizás, la idea principal de la perspectiva espacio-temporal sería que todo aquello que le interpretamos al paciente debe ser hecho teniendo en cuenta que no se trata de coordenadas fijas, por mucho que lo pueda parecer a veces. Por ejemplo, si aparece mucho la envidia en un determinado paciente, creo que es más adecuado verlo como un problema de no progresión en el e-t mental. Hay pacientes que se han quedado con la idea de ser personas envidiosas; esta idea puede llegar a estar tan arraigada y extendida en su manera de observarse, que interpretan sentimientos distintos también como envidia. El siguiente ejemplo es de una paciente que tiene este tipo de mirada autocrítica:

*Se trata de una mujer con tendencia a establecer relaciones simbióticas, con grandes dificultades en el sistema de apego. Me explica un día que ha sentido mucha envidia al cruzarse por la calle con una chica que llevaba una carpeta, porque entonces ha deducido que está estudiando, cosa que ella no pudo acabar de hacer. Me dice que siente mucha rabia y envidia. En otras ocasiones similares le había valorado que fuera capaz de admitir dichos sentimientos dolorosos. Pero poco a poco fui viendo que esto, lejos de ayudarla lo que hacía era confirmarle su mala auto imagen. De esta forma fui entendiendo que en realidad no se trataba de un verdadero insight. Así pues le dije a la paciente que yo no creía que ella fuera una persona envidiosa, ni rabiosa, sino que lo que me parecía que le había pasado con la chica de la carpeta era que había sido capaz de diferenciarse, de valorar algo que ella no tiene y de sentir el dolor de dicho reconocimiento. Lo que faltaría- y por esto creo que me lo trae a la sesión- es sentirse valiosa por ser capaz de apreciar algo que siente bueno del otro, que le hubiera gustado poder desarrollar y que no pudo hacerlo.*

*Pero -y aquí interviene decisivamente la configuración espacio-temporal- como la paciente no ha podido desarrollar suficientemente un e-t mental tridimensional, donde verse a sí misma reconociendo lo bueno del otro, le resulta imposible sentirse valiosa, porque en el e-t bidimensional si otro tiene una cosa buena, o te quedas fusionado al objeto o sino tú tienes lo malo.*

Creo que esta manera de entender la psicología y la psicopatología humanas es más útil y más ajustada al transcurrir de la vida física y psíquica, ya que siempre hay movimiento; la quietud absoluta sólo se da en la muerte. No pretendo afirmar con ello que tengo una idea de desarrollo natural espontáneo, que no debe ser coartado (Winnicott, 1992), sino que lo que expongo es que las relaciones nunca son estáticas. Toda interpretación que se haga partiendo de un e-t absoluto es una interpretación que fuerza al sujeto a identificarse con ella, o a sentirse excluido y criticado por resistirse; por esta razón considero especialmente peligrosos el modelo kleiniano si desde él se recurre continuamente a la interpretación de los aspectos negativos del paciente, ya que si las relaciones intra e íntersubjetivas se desarrollan en el citado e-t mental, crearán iatrogenia y el paciente confirmará sus peores temores. Es decir, pensará que lo que le pasa es debido a que él es una persona rabiosa, envidiosa, etc. Por el contrario, desde el enfoque relativista del e-t mental, siempre tendremos en cuenta que cuando interpretamos algo que sentimos adecuado y esperamos sea de utilidad para el paciente, si no responde cómo esperábamos no tenderemos a interpretarlo como un ataque a nuestra creatividad, sino que la actitud que nos guiará – haya o no envidia – será la de intentar entender por qué el paciente nos siente tan lejanos y preguntarnos qué otra cosa esperaba. Esto no quiere decir que estemos equivocados, a veces se tratará de un fallo en el *timing* y otras será simplemente inevitable, forma parte del proceso. En mi opinión, es un error convertirlo en un ataque envidioso y esperar a que esto ponga en marcha la reparación ya que, según mi experiencia, esta dinámica acaba creando – sobre todo en los pacientes más frágiles – una mala auto imagen y una confirmación de cómo se sienten ya de inadecuados, malos e inferiores, quizás repitiendo lo que otros ya les

han hecho sentir.

## CONSIDERACIONES TÉCNICAS DESDE LA PERSPECTIVA ESPACIO-TEMPORAL

A continuación, de manera esquemática, voy a presentar algunos detalles técnicos que intentan mostrar ciertos errores derivados de considerar, implícitamente, al ser humano moviéndose, aunque en realidad, inmerso en un universo físico y mental bastante estático y absoluto, y la manera de empezar a cambiar dicha concepción.

1. Evitar todas aquellas intervenciones que hagan una definición estancada del self del paciente, sobre todo, está claro, si son negativas. Ejemplos: *“usted es una persona rabiosa”, “eres hipersensible”, “no toleras bien las frustraciones”, “es que es ud muy pesimista”, “ud. ve siempre aquello que le falta”*. A pesar de que este tipo de intervenciones son bastante frecuentes, si lo pensamos detenidamente muchas veces está más en relación con un afecto contratransferencial negativo. Muchas veces resulta inevitable ya que forma parte del proceso de entrar en el e-t bidimensional de relación y de la búsqueda de una salida. En este sentido hay que procurar situar aquello que le decimos al paciente en el e-t mental de la relación: *“ahora que yo le he dicho....se ha sentido herido y ha reaccionado con rabia”*.
2. Ayudar al paciente a comprender que el hecho de experimentar un sentimiento negativo no es el problema, sino el no poder evitar quedarse atrapado, y que esto debe provenir, en parte, de situaciones importantes de su vida, en las que al expresar dichos sentimientos no se sintió aceptado o ayudado a superarlos, provocándole una disminución de su autoestima. Un sentimiento natural de enfado ante una actitud del otro de incomprensión se puede convertir en odio si la incomprensión es permanente en el tiempo. En este caso lo psicopatológico no es el odio, que puede ser una respuesta natural al ser tal vez la única posible en ese momento, sino que lo patógeno sería el estancamiento en un tipo de relación colusiva. Por ejemplo si el objeto reacciona como si el odio fuera absolutamente destructivo y el sujeto se contraidentifica proyectivamente
3. Es importante considerar la expresión de sentimientos por parte del paciente como una oportunidad que nos ofrece para entenderle y ayudarlo. Incluso puede ser una oportunidad para que vea nuestras limitaciones al no entenderle (Winnicott, 1992), reconociéndoselo en lugar de hacerlo sentir mal, dándole la oportunidad de que nos ayude a entenderle mejor. De esta manera nos otorgamos un e-t mental de pensamiento y duda que permite crecer.
4. Resulta interesante estar atentos en el discurso del paciente a lugares físicos, referencias explícitas al tiempo físico, tiempos verbales que nos puedan dar una idea del tipo de e-t en el que se mueve o está atrapado, etc. Por esto es importante la asociación libre del terapeuta ya que si nos movemos dentro del ámbito de lo simbólico, ayudamos al paciente a crear espacio y tiempo para pensar.
5. Referencias implícitas al espacio y al tiempo: se notan sobre todo en la reacción contratransferencial. Por ejemplo nos podemos sentir encerrados, oprimidos, restringidos en nuestra posibilidad de pensamiento (e-t bidimensional que despierta una respuesta contratransferencial claustrofóbica); también nos podemos sentir

controlados en lo que sentimos, cómo lo decimos, los gestos que hacemos, etc. (e-t bidimensional). En otras ocasiones nos sentiremos desamparados, con la sensación de perdernos, de tener demasiadas cosas que pensar a la vez, por ejemplo, de manera que pueda deberse a que estemos experimentando una ansiedad agorafóbica. En dichas circunstancias es muy fácil que hagamos intervenciones de las llamadas teóricas o “de libro”. Las interpretaciones de la angustia de separación ante las vacaciones son claras candidatas a ejemplificar lo que acabo de explicar. Está claro que la vivencia de pérdida y desamparo del paciente ante las vacaciones del terapeuta es muy importante, y debe ser recogida cuando se presenta explícita o implícitamente. Pero no siempre que nos sintamos perdidos, desamparados o que no sabemos qué decirle al paciente será por identificación proyectiva de sus sentimientos ante la separación. Primero porque el terapeuta también siente dicha ansiedad (temor al abandono por parte del paciente del tratamiento, inquietud según la gravedad del caso ante la separación, etc.) y después porque la ansiedad agorafóbica se presenta siempre que hay posibilidad de cambio, de manera que la actitud adecuada debe ser la que contenga la ansiedad de ambos dejando abierta la puerta a lo nuevo.

También debemos estar atentos a la cadencia en el habla del paciente, el ritmo del discurso, el tono de voz, etc. Por ejemplo si el tono de voz se va apagando o desencantando estará mostrando cambios en el tiempo mental, como en el caso de un paciente que empezara a elaborar un duelo.

#### 6. Estar muy atentos a los momentos de cambio de e-t mental

El siguiente ejemplo puede servir para ilustrar un momento de cambio de e-t:

*Se trata de una paciente de unos 36 años, con un trastorno bipolar, que sigue viviendo con sus padres, y que sufrió un serio bloqueo del aprendizaje por un cúmulo de razones (traumatizada por burlas continuas de compañeros de clase y humillaciones por parte de un profesor en los primeros cursos de la antigua EGB, ante bloqueos que venían motivados por los celos a un hermano menor muy admirado, mientras ella era comparada negativamente por parte de su madre con el padre, hombre con serias dificultades emocionales, muy dependiente de su mujer). Durante los primeros años de la terapia dominaba en el discurso de la paciente la rabia contra una madre de la que, a la vez, no podía separarse.*

*En un momento avanzado de la terapia, cuando ya no se siente tan atada a su madre, ni tan sometida a un superyó muy cruel, me habla de un viaje que hará con sus padres las próximas vacaciones. Sus padres le pagan el viaje y esto a sus 36 años y con un trabajo precario la hace sentir muy dependiente. Hasta hace muy poco se sentía abrumada por sentimientos de vergüenza y humillación por su situación personal. Lo que noto distinto en este momento de la terapia es que además de dichos sentimientos también transmite cierta ilusión.*

*Se pueden ver sus dificultades para tener un tiempo recobrado que le permita acceder a un e-t tridimensional, en el hecho de no darse cuenta que está situándose como si aún fuera la niña-dependiente-sin-recursos que se sintió, y convirtiendo la situación futura del viaje en la confirmación de este pasado presente. Es decir, cuando ella dice: “...¿qué haré?, la gente me verá con mis padres y a mí me dará vergüenza... y no puedo hacer cosas sola...”, lo que no ve es que esto ya está pasando en su cabeza. La oportunidad de ayudarla a hacer el paso del e-t*

*bidimensional al tridimensional viene dada por la ambivalencia que siente respecto al crucero.*

*Mi intervención consistió en mostrarle que el problema no era que ella temiese sentirse, en el futuro viaje, sin recursos y despertando la burla de los demás, sino que lo verdaderamente importante era que esto estaba pasando ya en ese preciso momento en su mente. En consecuencia lo que la paciente no vive es que es una mujer adulta que va con sus padres porque le apetece y le hace ilusión. Le dije también que cuando ella dice que los demás se preguntarán con desprecio o burla: ¿qué hace esta chica con sus padres?, no deja lugar a la oportunidad que piensen con interés: ¿quién debe ser esta mujer?...*

*En este caso se trata del e-t del trauma y el resentimiento. El e-t mental más conectado con su realidad adulta queda invadido por uno del pasado, debido a que las ansiedades de separación y la pasada predominancia de los mecanismos de identificación proyectiva y de relación fusional con la madre, no son aún diferenciados de las ansiedades, igualmente presentes, pero más conectadas con su realidad actual (ansiedades de separación por las vacaciones del terapeuta, también las que siente respecto a sus padres por crecientes deseos de autonomía, deseo de tener pareja, sentimientos de soledad, angustia por el envejecimiento de los padres que siente repentino debido a que al entrar en el e-t tridimensional el tiempo deja de estar parado, duelo cada vez más evolucionado de la omnipotencia).*

*En la sesión siguiente la paciente viene contenta (hecho excepcional hasta el momento). Me explica que le ha ido muy bien esto de entender que se coloca únicamente como hija de sus padres, como hermana de su hermano, etc. Está contenta porque pudo llamar a una amiga y explicarle con auténtica ilusión que se iría de viaje con sus padres: "...no lo decía obligada o haciendo ver que estaba contenta como hacía antes..."*

7. Es importante diferenciar cuándo el paciente está atrapado en un pasado traumático, como era el caso de la paciente anterior, de cuándo el paciente habla de un pasado y se nota una evolución o elaboración, o un reconocimiento de unas limitaciones que realmente no puede superar.
8. Se puede percibir fallos para acceder al e-t tridimensional cuando el paciente, ante las angustias de un vínculo más maduro, retorna al e-t bidimensional. Esto puede captarse, a veces, a través de comentarios banales sobre el tiempo físico, hasta el punto de convertir las angustias respecto al tiempo mental en comentarios sobre el tiempo meteorológico (de hecho las angustias claustro-agorafóbicas que se dan en los ascensores generan frecuentes alusiones al tiempo meteorológico). También se puede ver la dificultad para acceder al e-t tridimensional, cuando el paciente entra en un discurso de un pesimismo catastrófico, es decir un discurso en el que el tiempo lleva irremisiblemente a la muerte psíquica, enmarcado por una lógica determinista.

## CONCLUSIÓN

En este trabajo he intentado ofrecer una visión teórica que permita desculpabilizar, mas no desresponsabilizar, al ser humano por el sufrimiento que causa a sus congéneres y a sí mismo, a través de un modelo que proviene directamente de la observación clínica, de mi análisis personal, la lectura de variados autores de distintas corrientes y disciplinas y a mi interés por el universo mental y físico. Creo que es muy distinto, más ajustado a la ontología

de la mentalización y mucho menos persecutorio para el paciente, sentirse recibido como alguien que sufre de manera más o menos intensa, dependiendo de las coordenadas espacio-temporales de ciertas vivencias de su vida mental, cuyo resultado le causa dolor mental y/o físico a él y a los demás, que no que sienta que le acogemos como si fuera alguien que no ha sabido, por una carga tanática demasiado intensa, arreglárselas mejor para no limitarse y perjudicarse a sí mismo y a los otros.

“En el universo físico hay más estrellas que granos de arena en todas las playas del mundo” (Sagan, 1980). La luz de algunas de estas estrellas aun no nos ilumina, porque no han nacido o lo han hecho tan lejos y en un tiempo cósmico tan (relativamente) reciente, que para nosotros no existen; la luz de algunas de ellas nos sigue llegando, a pesar de haber muerto hace ya tiempo. Es una cuestión de espacio, tiempo y de la velocidad de la luz en cruzarlo. En el universo mental al igual que en el físico, el espacio y el tiempo se van creando a medida que se van expandiendo. La luz que cruza ese espacio-tiempo es la que da sentido a todas las cosas. A nivel mental esa luz es la relación afectuosa, cuya riqueza y gama de matices, quizás infinitos, el psicoanálisis intenta captar y transmitir. En este artículo he pretendido explicar que la cantidad, la cualidad y la calidad de esta luz dependen en primera instancia del espacio y del tiempo, sobre todo del tiempo.

## REFERENCIAS

- Amis, M. (1991). *La flecha del tiempo*. Barcelona: Anagrama, 1993 .
- Almendro, M. (2002). *Psicología del caos*. Vitoria-Gasteiz: Ed. “La llave de D.H. “
- Bion, W. (1959). *Attacks on linking, en Spillius, E.B. (comp), Melanie Klein today. Developments in theory and practica. Vol. 1: Mainly theory*. Londres: Tavistock/Routledge (1988).
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Bleichmar, H. (2001) El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes, *Aperturas Psicoanalíticas*, 9, [www.aperturas.org](http://www.aperturas.org)
- Bleichmar, S. (Comp.)(1994). *Temporalidad, determinación, azar. Lo reversible y lo irreversible*. Barcelona: Paidós.
- Caparrós, N. (1994). *Tiempo, temporalidad y psicoanálisis*. Quipú ediciones. Madrid.
- Castellano-Maury, E. (2002). *Actualidad, temporalidad*. Rev. de Psicoanálisis de la Asoc. Psicoanálisis. Madrid 37,55-72.
- Coderch, J. (2001). *La relación paciente-terapeuta*. Barcelona: Paidós - Fundació Vidal i Barraquer
- Constante Pereira, R. (2004). Sin tiempo - sin pecho: la difícil tolerancia al dolor depresivo. *Anuario ibérico de Psicoanálisis*, VIII, 104-114.
- Cooper, S. (1997). Interpretation and the psychic future. *Int. J. Of Psychoanal.* 78,167-681.
- Cournut, J. (2002). El sentido del après-coup. *Rev. de Psicoanálisis de la Asoc. Psicoanalítica de Madrid* 37,21-28.
- Denis, A. (1995). Temporality and modes of language. *Int. J. Of psychoanal.* 79, 1109.1119.
- Dossey, L. (1982). *Tiempo, espacio y medicina*. Barcelona: Kairós. 1999
- Escrivá, A.(2002). Sobrevivir al tiempo de la sexualidad infantil. *Rev. de Psicoanálisis de la Asoc. Psicoanalítica de Madrid* ,37, 55-72.
- Fink, K. (1993). The bi-logic perception of time. *Int. J. of psychoanal.* 74, 303-312.
- Green, A. (2000). *El tiempo fragmentado*. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.

- Green, A. (2000). *La diacronía en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu, 2002.
- Grinberg, L., Grinberg, R. (1980a). *Identidad y cambio*. Barcelona.: Paidós.
- Grinberg, L., Grinberg, R. (1980b). Modalidades de relaciones objetales en el proceso psicoanalítico. Boletín de la Asoc. Psicoanalítica de Madrid.
- Grinberg, L., Grinberg, R. y Sor, D., Tabak D. Bianchedi, E. (1991). *Nueva introducción a las ideas de Bion..* Madrid: Julián Yébenes ed.
- Hawking, S. (1988). *Historia del tiempo ilustrada*. Barcelona: Crítica, 1996
- Honderich, T. (Editor) (1995). *Enciclopedia Oxford de Filosofía*. Madrid: Tecnos, 2001.
- Hornstein, L. (2003). *Intersubjetividad y clínica*. Barcelona: Paidós.
- Laplanche, J., Pontalis, J-B. (1968). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor, 1983.
- Lopez-Corvo, R. E. (2002). *Diccionario de la obra de Wildfred R. Bion*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López Peñalver, J. L. (2002). *Introducción al concepto*. *Rev. de Psicoanálisis de la Asoc. Psicoanalítica de Madrid*. 37, 9-11.
- Mitchell, S., A. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis: Una integración*. México D.F.: Siglo XXI Editores.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Martínez Ibañez, J. J. (2004). El crecimiento mental y la temporalidad. *Anuario Ibérico de Psicoanálisis*. VIII, 57-81.
- Mélich, J.C. (2002). *Filosofía de la finitud*. Barcelona: Herder.
- Pally, R. (1997). Memory: brain systems that link past, present and future. *Int. J. of psychoanal.* 78, 1223-1234.
- Pereira, F. (2004). Tiempo y temporalidad en Psicoanálisis: procesos de subjetivación, procesos de desubjetivación. *Anuario Ibérico de Psicoanálisis*. VIII, 13-56.
- Pol, M., Camon, R. (2004). Viviendo dentro del reloj sin horas. *Anuario Ibérico de psicoanálisis*. VIII, 147-160.
- Prigogine, I. y otros (1998). *Ilya Prigogine: el tiempo y el devenir*. Barcelona: Gedisa, 2000.
- Prigogine, I. (1998). *El nacimiento del tiempo*. Barcelona: Tusquets, 1991.
- Proust, M. (1919-1927). *En busca del tiempo perdido. 7 el tiempo recobrado*. Madrid: Alianza, 1996.
- Rof Carvalho, J., Del Amo, J.(1986). *Terapéutica del hombre. El proceso radical de cambio*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer.
- Rosemberg, B. (2002). Tiempo e historia: su relación con el trabajo psíquico y las pulsiones. *Rev. de Psicoanálisis de la Asoc. Psicoanalítica de Madrid*. 37, 29-37.
- Sabbadini, A. (1989). Boundaries of timelessness. Some thoughts about the temporal dimentional of the psychoanalytic space. *Int. J. Psychoanal.* 70, 305-313.
- Sagan, C. (1980). *Cosmos*. Random House.
- Sandler, A.M. (2002). El pasado en el presente. *Rev. de Psicoanálisis de la Asoc. Psicoanalítica de Madrid*. 37, 73-86.
- Sarsfield Cabral, F. (2004). *Los temp(l)os del tiempo*. Anuario Ibérico de Psicoanálisis. VIII, 161-172.
- Schoffer Kraut, D. (2002). *La temporalidad en Psicoanálisis*. Rev de Psicoanálisis de la Asoc. Psicoanalítica de Madrid. 37, 87-114.
- Segal, H. (1991). *Sueño, fantasma y arte*. Nueva visión 1995. Buenos Aires.
- Swain, H. (2002). *Las grandes preguntas de la ciencia*. Barcelona: Crítica, 2003.
- Vázquez Medel, M. A. (2003). *Teoría del emplazamiento: aplicaciones e implicaciones*. Sevilla: Alfar.
- Wilber, K., Bohm, D., Pribram, S., Keen, S., Ferguson, M., Capra, F., Weber, R., y otros (1978). *El paradigma holográfico*. Barcelona: Kairos, 2001.

Winnicott, D. W. (1992). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós: Barcelona.

## NOTAS

---

<sup>1</sup> Versión ampliada y revisada del artículo: F. Vieta Pascual (2006). El espacio-tiempo mental. *Intercambios/Intercanvis*, 17. Barcelona 81-90.

<sup>2</sup> **Francesc Vieta Pascual**: Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Barcelona (1988). Psicólogo clínico y Psicoterapeuta en consulta privada en c/ Balmes 313, entlo, 1ª Barcelona 08006; Telf.: 932097378. Psicoterapeuta en el consultorio psiquiátrico-psicológico de la c/París 160, 1ª, 08036; Telf.: 933226364. Correo electrónico: [francescvieta@hotmail.com](mailto:francescvieta@hotmail.com)  
Otro artículo del autor: L. Hernández, M. Pérez, F. Vieta, J. Vilchez, V. Amigó, M. Dangerfield, R. Valle, P. Vilagut, M. Gorlee, C. Philpott (2005). Impacte cinematogràfic: transformació en grup@.com. *Revista de psicoterapia psicoanalítica de la ACPP*, nº 8. Barcelona.