



## Psicoanálisis Relacional de Frecuencia Semanal y Larga Duración (PRSLD). Bases teóricas y clínicas<sup>1</sup>

Joan Coderch<sup>2</sup>

*Sociedad Española de Psicoanálisis, IPA*

Por distintas causas, la práctica de psicoterapia y psicoanálisis con una sesión semanal se halla cada vez más extendida. Sin embargo, es indudable que se trata de algo de lo que nunca se habla en los foros psicoanalíticos ni tampoco en las revistas especializadas. Posiblemente, ello se debe a la existencia de una actitud reverencial hacia la metodología clásica, con la exigencia de un número considerable de sesiones para que un tratamiento pueda considerarse psicoanalítico, debido a lo cual el tratamiento semanal se juzga como algo fuera del campo del psicoanálisis. Se considera que esta actitud se debe, en gran manera, a que siempre se ha juzgado la frecuencia semanal desde la perspectiva del análisis tradicional, necesitado de favorecer la regresión y la dependencia del paciente a través de un número elevado de sesiones semanales. El presente trabajo intenta abrir brecha en este muro de silencio, exponiendo distintos razonamientos teóricos que muestran la posibilidad de llevar a cabo el PRSLD con beneficio para el paciente. Una parte importante de estos razonamientos se basa en el carácter natural -sin la presencia de los artefactos propios del encuadre clásico- de este tipo de tratamiento, lo cual da lugar a la ausencia de lo que suele aparecer en todos los tratamientos, sean farmacológicos o psicológicos: los síntomas secundarios indeseables. La frecuencia semanal, practicada de acuerdo con el paradigma relacional, es un ritmo humano que no ejerce presión psicológica sobre el paciente y no impone condiciones artificiales a la relación. Gracias a ello, el PRSLD se pone al servicio de lo que en la medicina clásica se denominaba *vis medicatrix naturae* (la fuerza curativa de la naturaleza), en lugar obstaculizarla con un complicado arsenal terapéutico.

La práctica del PRSLD se basa en el diálogo abierto y espontáneo en el que la asimetría paciente/analista se reduce al mínimo. Este diálogo se apoya en la búsqueda de una base de apego seguro por parte del paciente y en la naturaleza constitutivamente intersubjetiva de los seres humanos. La mentalización figura como la estrategia *princeps* en la práctica del PRSLD, de modo que también puede considerarse a éste último como un tipo de tratamiento basado en la mentalización. Se exponen dos ejemplos clínicos. El primero de ellos se basa en el apoyo a las tendencias curativas de la naturaleza a través del diálogo. El segundo, sin dar de lado al diálogo, en el empleo de la mentalización.

**Palabras clave:** Psicoanálisis Relacional, Encuadre psicoanalítico, Duración del tratamiento.

For different reasons, weekly sessions in the practice of psychotherapy and psychoanalysis are found to be increasingly widespread. However it is unquestionable that this is something that is never discussed neither in psychoanalytic forums nor in specialized journals. This may possibly be due to the existence of a reverential attitude towards classical methodology, demanding a considerable number of sessions in order to consider a treatment psychoanalytic, therefore judging weekly treatment as something outside the field of psychoanalysis. It is considered that this attitude is due, in great measure, to the fact that weekly frequency has always been judged from the traditional analysis perspective, in which an elevated number of weekly sessions is necessary to favour regression and the dependency of the patient. The present paper attempts to open a breach in this wall of silence presenting different theoretic reasoning that show the possibility of undertaking WLTRP (PRSLD) with benefits for the patient. An important part of this reasoning is based on the natural character – without the presence of the artifacts characteristic of the classical frame - of this type of treatments. This allows the absence of what usually appears in all other treatments, whether they be pharmacological or psychological; the undesirable secondary symptoms. The weekly frequency, practiced according to the relational paradigm, is a human rhythm that doesn't exert psychological pressure on the patient and doesn't impose artificial conditions on the relationship. Thanks to this, WLTRP (PRSLD) is at the service of what classical medicine denominates *vis medicatrix naturae* (the curative force of nature), instead of obstructing it with a complicated therapeutic arsenal.

The practice of WLTRP (PRSLD) is based on the open and spontaneous dialogue in which the patient/analyst asymmetries are reduced to a minimum. This dialogue is based on the search for a basic secure bond on behalf of the patient and on the intersubjective constitutive nature of human beings. Mentalization appears as the principal strategy in the practice of WLTRP (PRSLD), so that the latter can also be considered a type of treatment based on mentalization. Two clinical examples are presented. The first is based on the support of the curative tendencies of nature through dialogue. The second explores the use of mentalization, without ignoring dialogue.

**Key Words:** Relational Psychoanalysis, Psychoanalytic Setting, Treatment Length.

**English Title:** Long Term Relational Psychoanalysis with Weekly Sessions. Clinical and Conceptual Foundations.

**Cita bibliográfica / Reference citation:**

Coderch, J. (2012). Psicoanálisis relacional de Frecuencia Semanal y Larga Duración (PRSLD). Bases teóricas y clínicas. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (3): 468-514. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.org.es](http://www.ceir.org.es) ]

## 1. Mi visión personal del psicoanálisis relacional

A continuación expondré, en breve síntesis, algunos conceptos fundamentales de lo que yo entiendo por psicoanálisis relacional y su aplicación a la clínica para una mayor comprensión de lo que seguirá a continuación (Coderch, J., 2010, 2012a).

El psicoanálisis relacional se basa en la naturaleza biológicamente social, relacional e intersubjetiva del ser humano, y en el hecho de que, dada la plasticidad del cerebro y esta naturaleza relacional, la mente se forma por las experiencias de interacción del sujeto, desde el momento de su nacimiento, con los padres y el entorno social que le rodea (Mitchell, S., 1998, 1993, 1997, 2000). Por tanto, se parte de la idea de que son las experiencias de relación aquello que introduce modificaciones y nuevas configuraciones en la mente a lo largo de la vida, lo cual ya había sido expuesto por algunos clínicos de gran experiencia y espíritu abierto hace décadas (Loewald, 1960, 1979). El psicoanálisis relacional dirige su acción, fundamentalmente, al logro de cambios en el inconsciente de procedimiento, no reprimido, que se encuentra constituido por el enorme caudal de contenido –experiencias interpersonales, aprendizajes, hábitos, esquemas mentales, conocimientos diversos, etc. - de la memoria implícita no declarativa (Clyman, R., 1991, Velasco, R., 2011), descarta totalmente el concepto cartesiano de la mente y la psicología individual en favor de la primacía del *contexto* (Orange, D., Atwood, G, y Stolorow, R., 1997; Stolorow, R., 2011) y concibe el proceso psicoanalítico como algo que tiene lugar en el encuentro de dos distintas subjetividades, la del paciente y la del analista; por tanto, desde una perspectiva intersubjetiva (Benjamin, J., 1995, 2012; Aron, L., 1996).

A mi entender, debe diferenciarse el psicoanálisis relacional de las teorías y “técnicas” propuestas por las orientaciones denominadas de las “relaciones objetales”, ya que en éstas lo que se examina son las relaciones del paciente con el objeto interno supuestamente proyectado en la mente del analista, no con la persona real de éste. Demuestra, claramente, esta creencia el contenido de las “reglas” principales que presiden estas orientaciones: anonimidad, neutralidad, y abstinencia, destinadas, evidentemente, a ocultar al máximo la personalidad del analista ante los ojos del paciente.

Por otra parte, también debemos tener en cuenta que el psicoanálisis relacional ocupa un espectro amplio del pensamiento psicoanalítico, y que muchos analistas relacionales aceptan la hipótesis del inconsciente reprimido y, de una u otra forma, intentan hacer conscientes aquellos elementos psíquicos que se encuentran en el inconsciente debido a la represión. En el otro sentido, pienso que en la literatura psicoanalítica hallamos trabajos que, aun conservando en gran parte el esquema habitual del psicoanálisis clásico, presentan, en su fondo, e incluso en algunas de sus formas, matices implícita y explícitamente relacionales. En tal sentido, y sin que éste sea el lugar adecuado para una revisión, siquiera breve, de este hecho, pienso que puede citarse, como paradigmático, el trabajo de G. Gabbard y D. Westen, *Rethinking the Therapeutic Action* (2003). Estos autores sitúan en el mismo nivel de eficacia terapéutica: a) las interpretaciones dirigidas a hacer consciente lo inconsciente; b) la nueva experiencia de

relación, y c) las estrategias *facilitadoras*. Con la denominación de estas últimas se refieren a todo aquello que hace que el paciente se sienta más relajado, a gusto y cómodo en la situación analítica, incluyendo intervenciones como comentarios educativos, introducción del humor, detalles más convencionales, etc.

También deseo que quede claro que, al hablar de psicoanálisis relacional, no pretendo entrar en ningún debate acerca de la distinción entre psicoanálisis y psicoterapia. En anterior publicación (2006), al referirme extensamente a las dificultades para diferenciar entre estas dos supuestamente diversas modalidades de tratamiento, escribí: “En general, podemos decir que cuanto más acentuada sea en el sujeto la necesidad de ser ayudado a superar o resolver un problema concreto, más indicado se halla el tratamiento psicoterapéutico. Pero si la demanda se fundamenta en una insatisfacción con la propia personalidad, disconformidad con uno mismo, sensación de que algo falla en el propio funcionamiento mental, deseo de obtener un cambio en la ‘forma de ser’, etc., la indicación de análisis toma más relevancia” (p.256). Continúo pensando que esto es así, pero que no es posible la distinción mediante reglas y normas académicas como ha sido palmariamente demostrado, ya que en todas las Jornadas, mesas redondas, publicaciones, etc., llevadas a cabo a este efecto, ha sido imposible llegar a un acuerdo ni tan sólo entre los miembros de una misma escuela (Einsold, R., 1998). Creo, como también escribí entonces, que el terapeuta se inclina más hacia el psicoanálisis cuando actúa como un explorador que recorre, descubre y recrea la mente del paciente llevándolo de la mano, siempre acompañado de éste, mostrando nuevos e ignorados elementos que permanecían enmascarados o en estado de latencia, mientras que se escora más hacia la psicoterapia cuando se conduce como un experto en problemas de la vida que ayuda al paciente a entender mejor la manera como él mismo se enreda y embarulla en la realidad de su existir, a causa de sus pensamientos patológicos, esquemas mentales desadaptados, pautas relacionales erróneas, etc. Por tanto, sostengo que no puede diferenciarse desde fuera entre uno y otro método de tratamiento, y que son el paciente y el terapeuta quienes, con un acuerdo explícito o implícito, establecen una u otra forma de relación. En consecuencia, en este trabajo me referiré siempre a psicoanálisis sin más distinción. Por otra parte, deseo recordar que, como ya he expresado anteriormente (2010), para mí el psicoanálisis ha de ser siempre y en toda ocasión esencialmente terapéutico y que el analista debe, en todo su comportamiento, en sus intervenciones y en las formas de relación que establece primar aquello que es de una mayor ayuda para el paciente, muy por encima de la tendencia a seguir unas determinadas reglas analíticas.

## 2. Un marco terapéutico poco valorado: la frecuencia de una sesión semanal.

### 2.1. Consideraciones generales

Puedo estar equivocado, pero creo que en la literatura psicoanalítica es muy difícil hallar algún trabajo clínico en el que, explícitamente, se declare que la frecuencia de

sesiones acodada es de una por semana. Y, sin embargo, es también sabido, a nivel privado, que en el momento actual, ésta es una práctica ampliamente generalizada. Al realizar esta afirmación no deseo entrar en ninguna clase de discusión o examen acerca de la proporción, digamos de tipo estadístico, de tratamientos de orientación dinámica que se llevan a cabo con más de una sesión por semana, ni si son muchos o pocos. Aquí, como en el resto del trabajo, sólo me centro en el hecho de que la práctica de psicoterapia y psicoanálisis de una vez por semana es un hecho ampliamente difundido. Los motivos para ello son muchos y éste no es un trabajo destinado a examinarlos, más allá de una rápida enumeración. En general, estos motivos se dividen en cinco grupos: a) motivos económicos; b) motivos de distancia geográfica, ya que en la actualidad no sólo son los habitantes de las grandes ciudades los que buscan ayuda psicológica sino que, debido a una mayor difusión de la cultura, esta demanda parte, también, de pequeñas localidades; c) cambio de mentalidad por parte de los pacientes, lo que incluye un declive de la cultura del esfuerzo y una pérdida de prestigio de los analistas; d) la competencia ejercida por una amplia gama de ofertas de ayuda de tipo psicológico, y e) propio criterio de muchos pacientes que no desean una relación que fomente una excesiva dependencia, criterio que, en mi práctica clínica, yo respeto siempre al máximo.

Parece evidente, ante el hecho que estoy comentando, que nos encontramos ante una situación en la que reina una especie de pacto de silencio, cosa que es, por cierto, muy frecuente en los ámbitos psicoanalíticos y que pienso que ha dificultado mucho la evolución del pensamiento de nuestra disciplina y su aplicación a la clínica. Personalmente, puedo decir que, desde los comienzos de mi formación como candidato, durante mi casi medio siglo de carrera profesional como analista - sin contar la época de ejercicio como psiquiatra exclusivamente- he llevado a cabo numerosos tratamientos de frecuencia semanal, unas veces claramente como psicoterapia, y otras intentando acomodar en una sesión semanal lo que en cada momento he entendido por psicoanálisis (Coderch, J., 1987). Y, en muchos de estos casos, los resultados fueron muy favorables. Sin embargo, yo también he caído en esta trampa porque, que recuerde, sólo he publicado un caso de un tratamiento con esta frecuencia (2012a). También, como es natural, he supervisado muchos tratamientos de este tipo, sin que lo haya dado a conocer.

Este silencio respecto a tratamientos de una sesión semanal obedece, sin ninguna duda, a razones de peso. La más evidente de ellas es la que se ha venido en llamar el superyó "analítico", que, en realidad, es de un superyó colectivo. Los analistas se han sentido, durante muchas generaciones, vigilados unos por otros en cuanto a su cumplimiento de las reglas analíticas que incluyen, por descontado, las cuatro o cinco sesiones semanales. También, la clásica concepción del psicoanálisis como oro y la psicoterapia como cobre. Téngase en cuenta que en las reuniones en las que los psicoanalistas tradicionales discuten acerca de trabajos y presentaciones clínicas, lo que más se valora no es el resultado de un tratamiento sino si se han seguido fielmente la metodología y normas psicoanalíticas (Greenberg, J., 1995; Coderch, J., 2010a). Lo propio ocurre en el debate acerca de las teorías, cuya validez se ha hecho depender de su

adhesión a dicha metodología (Greenson, R., 1967; Etchegoyen, H., 1986). Aun cuando desde finales del pasado siglo estas actitudes van cambiando, especialmente por la influencia del psicoanálisis relacional, sucede que, seguramente por el conocido principio de inercia, incluso muchos de los analistas bien alejados del modelo clásico no se atreven a mostrar públicamente sus experiencias favorables al PRSLD.

Esto último que acabo de decir ocurre porque en los Institutos de Psicoanálisis, todavía hoy, se enseña la metodología clásica como algo tan inexcusable y riguroso que he observado con frecuencia, entre los asistentes a mis seminarios y mis supervisados, que aún después de haber abandonado las teorías que se les enseñaron y entregarse al intento de captar la mente de sus pacientes desde la perspectiva del ser humano como constitucionalmente social y relacional, les resulta extraordinariamente difícil abandonar la técnica propia de sus antiguas teorías y, en muchas ocasiones, he visto que tratan de conjugar la actitud relacional con la técnica clásica, lo cual es un auténtico dislate. Esto, a mi entender, es debido a tres razones. Una de ellas es el respeto reverencial que se ha inculcado a los estudiantes de psicoanálisis durante su formación. Otra, es el temor que experimentan a sentirse desarmados e indefensos ante el paciente. La tercera razón es la de que la “técnica” del psicoanálisis clásico, compuesta por un conjunto de reglas que deben guardarse obligatoriamente, constituye un cómodo refugio frente a la “práctica” del psicoanálisis relacional, en la que cada uno debe asumir totalmente su propia iniciativa y responsabilidad.

Debemos considerar seriamente la vinculación de cada una de las más o menos divergentes teorías<sup>3</sup> psicoanalíticas con la metodología clínica que de ella se deriva, porque, actualmente, suele existir una gran confusión en este sentido en el mundo psicoanalítico, y, en muchas ocasiones, vemos rechazar una teoría novedosa y prometedora porque se la juzga desde la metodología de otra, y, viceversa, rechazar una forma metodológica de proceder porque se la considera desde la perspectiva de una teoría con la que no es coherente. Esto, creo, es lo que ha ocurrido con la práctica del PRSLD. Se la ha juzgado, por parte de la corriente principal del psicoanálisis, desde su propia teoría. E, incluso, muchos de los que en la actualidad se hallan interesados en el psicoanálisis relacional caen en este error, porque es muy difícil desembarazarse de aquello que ha ocupado la mente de uno durante largos años. Por este motivo, creo que procede, para desenmarañar tantas confusiones, trazar una línea distintiva neta entre el significado del número de sesiones semanales para el psicoanálisis relacional, por un lado, y para la teoría del psicoanálisis clásico en la que han sido formados la inmensa mayoría de los analistas, por el otro.

Antes de seguir adelante, pienso que es conveniente advertir, de entrada, que la frecuencia de sesiones semanales en el tratamiento psicoanalítico, ha de contemplarse desde dos distintas perspectivas. La una es la que corresponde a cualquier tipo de trabajo, como, por ejemplo, talar árboles o estudiar matemáticas. Es evidente que cuantas más horas dediquemos a talar árboles o a estudiar matemáticas, más árboles habremos talado al cabo de un año, y más matemáticas habremos aprendido, cada uno según su fuerza

física y su capacidad mental. Pero la otra perspectiva tiene poco que ver con esta ecuación lineal: a más horas de trabajo, mayor rendimiento. Con lo que tiene que ver es con el tipo de relación que se establece entre paciente y analista, pero también con la relación que el paciente configura con el análisis y con el significado que este último adquiere en su vida. Y también quiero señalar que, para mí, no se halla en absoluto demostrado que una mayor intensidad de frecuencia presuponga una relación más favorable para la obtención de modificaciones positivas en la vida psíquica del paciente. A partir de aquí, que cada uno juzgue lo más conveniente.

## **2.2. Es un error juzgar al PRSLD desde la corriente principal del psicoanálisis**

No es el propósito de este trabajo, dedicado a exponer una modalidad del psicoanálisis relacional, la de las sesiones con una frecuencia semanal, ocuparme del psicoanálisis tradicional, pero creo que, dada la mala imagen y el poco aprecio que habitualmente se ha venido manifestando acerca de los tratamientos de frecuencia semanal, es conveniente poner en claro las raíces de esta actitud, ya que, desde la más imprescindible coherencia entre teoría y método, es evidente que la frecuencia de una sesión semanal es francamente poco indicada para llevar a cabo un tratamiento psicoanalítico clásico, menos aun, kleiniano. Siendo esto así, si se juzga el PRSLD desde la óptica del psicoanálisis tradicional el juicio resulta, con toda seguridad, adverso.

Dicho de una forma lo más sintetizada posible, el psicoanálisis tradicional parte de la base de que la naturaleza humana es universal y de que todos los seres humanos desarrollan su mente siguiendo las mismas etapas y atravesando los mismos conflictos provocados por las fantasías inconscientes endógenas: conflicto edípico, ansiedad de castración, inconsciente reprimido, etc., y que, por tanto, la técnica analítica básica ha de ser, aproximadamente, la misma para todos los pacientes, con pequeñas variaciones (Coderch, J., 2012b). El conflicto fundamental presente en el niño/paciente, según esta orientación, reside en la falta de reconocimiento del objeto primario y de su dependencia del mismo, así como en la no aceptación de la pareja paterna de la que el niño/paciente se encuentra excluido. En esta línea de pensamiento se cree que, durante el curso del proceso psicoanalítico, el paciente repite este conflicto con el analista. Siente que depende del analista que, en su mente, reproduce la figura del objeto primario que le alimenta con su leche/interpretaciones. Pero este niño/paciente se rebela contra esta dependencia: por ansiedad frente a la misma, por celos, envidia destructiva y ataque a la pareja paterna en cópula creadora que él siente en la mente del analista. Para que se cree esta situación de enorme dependencia es ineludible, se considera, un número considerable de sesiones semanales, cuatro o cinco, y ello dentro de un encuadre caracterizado, como todos sabemos, con la intención de que todo se desarrolle dentro del anonimato absoluto del analista, la neutralidad y la abstinencia de cualquier tipo de gratificación, aun cuando hoy día ya sabemos que nada de esto es posible. El propósito de este encuadre es el de crear un estado de regresión e insatisfacción de las pulsiones del paciente de manera que éstas, como las aguas de un río detenidas por un dique, se desborden y confluyan en la figura del

analista, a quien se proyecta el objeto interno, de manera que se reproduzcan en la situación analítica las fantasías y conflictos vividos en la infancia. Es decir, prima la intención de que emerja lo que en la terminología clásica se denomina “neurosis transferencial”, aunque, habitualmente, se suele hablar, simplemente, de transferencia. Dado todo esto, se supone que el paciente reanudará, con el analista, sus antiguas luchas con el objeto primario: intentos por negar la dependencia de él, envidia, pulsiones destructivas, competencia y rivalidad, defensas maníacas, seducción para dominarlo y para impedir la cópula creadora de la pareja paterna sentida en la mente del analista, refugio narcisista tipo “el objeto soy yo”, esfuerzos para obstruir y negar el trabajo creador de la mente del analista, etc., todo lo cual da lugar a un aumento de la ansiedad, puesto que la destrucción del objeto/analista, necesario para la vida, supone la muerte del niño/paciente, apareciendo también, según la escuela kleiniana, las ansiedades persecutorias como represalia frente a las pulsiones destructivas. Dada esta situación, la labor del analista estriba en mostrar al paciente su envidia, intentos de destrucción, negación de la necesidad de ayuda, etc., así como hacer que se percate del incremento de ansiedad que esto representa para él. Así mismo, con el encuadre inmodificable y las reglas de anonimato, neutralidad y abstinencia, se pretende que el paciente experimente al objeto proyectado en el analista como totalmente indestructible e inmune a cualquier intento de manipulación, lo cual, se supone, tranquilizará al paciente frente a sus propias pulsiones agresivas. Finalmente, se espera, el *insight* producido por las interpretaciones llevará al paciente a hacerse consciente de sus conflictos intrapsíquicos vividos en la relación con el analista, a sentir dolor por sus ataques al objeto interno en la persona de este último y, finalmente, a sentir agradecimiento hacia el objeto interno/analista y aceptar su dependencia de él.

Aunque en la técnica del psicoanálisis tradicional no suele hablarse de la motivación de apego, ahora sabemos que la frustración de esta motivación provoca, paradójicamente, una intensificación de la misma (Allen, J., Fonagy, P, y Bateman, A., 2008; Fonagy, P y Target, M, 2011; Wallin, D. 2012). Actualmente, sabemos que la motivación de apego no busca, únicamente, la presencia física de la madre para gozar de seguridad frente a los peligros del entorno, sino que reclama la comunicación, el amor y la disponibilidad afectiva en todo momento. Cuando estas necesidades permanecen insatisfechas, la motivación de apego se incrementa; como toda necesidad vital insatisfecha, se aferra a lo único que tiene: la presencia física. Es el caso de los niños con fobia escolar; no pueden separarse físicamente de la madre porque la insatisfacción de su motivación de apego no les ha permitido interiorizar a la madre como una figura afectuosa, comunicativa y disponible, y, por tanto, si se separan de ella físicamente se enfrentan al terror, al vacío y a la soledad absolutos. Hasta cierto punto, podemos comparar la motivación de apego con el hambre: cuando más insatisfecha queda la necesidad de comer más crece el hambre. En la técnica psicoanalítica clásica el apego se satisface limitadamente, pero, ciertamente, se da cierta satisfacción de él, aunque el terapeuta se proponga la más estricta abstinencia, ya que su presencia en los días y horas convenidas es segura, escucha, trata de ayudar, de explicar, de comprender, aun cuando la distancia, la falta de muestras de simpatía y



afecto, la neutralidad forzosamente vivida como indiferencia por parte del paciente, etc., frustran, a la vez, esta motivación. Ello influye en el acrecentamiento de la motivación de apego e impulsa al paciente a acudir una y otra vez a buscar esta relación que ofrece una cierta satisfacción al apego y, a la vez, lo frustra. Ello da una explicación del caso de varios pacientes vistos por mí que relatan no haberse sentido ayudados por su análisis y que, sin embargo, lo mantuvieron durante 12, 14 y algunos de ellos más años. También me hace comprender ahora, después de muchísimo tiempo, la crítica entonces y esclarecedora ahora, frase que escuché de una ilustre supervisora, ya fallecida, en mis largos años de formación, como candidato primero y como ya analista después: “Los pacientes nunca se cansan de un mal análisis”.

En resumen, desde la perspectiva del psicoanálisis clásico juzgo que puede ser coherente, aunque no fatalmente inevitable, la consideración del tratamiento de una vez por semana como algo por completo fuera de la técnica analítica y con muy escaso valor terapéutico. Y, al decir que puede ser coherente, no quiero significar que sea incoherente mantener una opinión contraria, incluso dentro del psicoanálisis tradicional.

### ***2.3. Para la práctica del psicoanálisis relacional no es imprescindible una alta frecuencia de sesiones semanales.***

Deseo avisar que yo no pretendo confrontar este tipo de tratamiento de frecuencia semanal con los tratamientos con mayor número de sesiones, ni ocuparme de si los resultados son mejores o peores. Me aplicaré, tan sólo, a describir los trazos específicos del PRSLD y a mostrar que se trata de un tipo de tratamiento válido, eficaz y que merece mejor consideración de la que ha gozado hasta el momento. Claro está que puede objetarse que los resultados obtenidos con un psicoanálisis relacional de dos o tres sesiones semanales, por ejemplo, serían seguramente mejores. Bien, yo no voy a discutir esto, pero mi interés en este trabajo, se centra en el PRSLD.

Tampoco voy a citar las numerosas investigaciones que han puesto de relieve que tratamientos muy alejados de las cuatro sesiones semanales del psicoanálisis tradicional se han mostrado realmente eficaces. Sólo a dos me referiré. Uno de ellos es la investigación llevada a cabo por Jonathan Shedler, de la Universidad de Colorado (2010), por ser el trabajo, hasta el momento, realizado con una más estricta metodología y más bien documentado de todos los que se han publicado hasta el momento. En este estudio se pone de relieve, empíricamente, la eficacia de las terapéuticas psicoanalíticamente orientadas o de base psicodinámica, así como también se ha visto que otras terapias no psicodinámicas son eficaces cuando los terapeutas incorporan en el tratamiento elementos propios de la orientación psicodinámica. Por otra parte, no se hace ninguna distinción entre la eficacia de los tratamientos psicoanalíticos “*sensu stricto*,” grupo en el que, en todo caso, puede quedar incluido el PRSLD, y otros tratamientos psicodinámicos. El otro trabajo que merece ser recordado, es el clásico de R. Wallerstein (1989): *Psychotherapy Project of the Menninger Foundation*, en el que se declara que en las psicoterapias “de apoyo” – clase de psicoterapia, como es bien sabido, en la que jamás se han empleado

cuatro o cinco sesiones por semana- se obtuvieron cambios “estructurales” semejantes a los obtenidos con los tratamientos psicoanalíticos interpretativos.

Finalmente, deseo citar un párrafo de J. Guimón, quien se ha ocupado en profundidad de los usos y abusos de los estudios controlados (2007):

“Las intervenciones dinámicas han sido puestas en entredicho por la dificultad que tienen en demostrar su eficacia. De acuerdo con la *Task Force ad hoc* de la *American Psychological Association*, para hablar de tratamientos “bien establecidos” se debe exigir que se hayan mostrado eficaces en, al menos, dos estudios bien “randomizados”, es decir, aquellos en los que la asignación de los pacientes a una u otra condición terapéutica haya sido realizada al azar” (p. 165; cursivas del autor).

Creo que hay, todavía, una dificultad mayor de la que se explicita en este párrafo, dado que el éxito de una modalidad terapéutica, en el campo psicodinámico o psicoanalítico, depende más del terapeuta que de la modalidad en sí misma. De todas maneras, pienso que en este párrafo se pone de relieve que nadie puede presumir de tener una “evidencia” empíricamente comprobable de que los resultados de su método de tratamiento son los mejores, lo cual me obliga a afirmar que todos hemos de comportarnos con humildad y, a la vez, valorar y respetar las experiencias ajenas tanto como las propias.

Debo, ante todo, adelantar que, de acuerdo con la moderna antropología, no considero probada la existencia de una naturaleza “universal” para todos los seres humanos, la cual da lugar a que en todos ellos se repita exactamente la misma evolución psíquica, independientemente del tiempo histórico y de las circunstancias sociales, culturales, familiares, etc., en el seno de las cuales han nacido y se han desarrollado (Coderch, J., 2012b). Aun cuando no me es lícito ser extremadamente contundente a este respecto, mi impresión es la de que la mayoría de analistas relacionistas participan de mi opinión.

El PRSLD no precisa de una alta frecuencia de sesiones que provoquen la regresión del paciente, estimulen la dependencia y reproduzcan en la interacción con el analista los conflictos intrapsíquicos con el objeto interno proyectado, porque se trata de la aplicación clínica de otra teoría, la teoría relacional que ya he sintetizado brevemente en el primer apartado. Desde esta perspectiva, sabemos que se expresa siempre, en cada encuentro entre paciente y analista, todo el caudal de experiencias acumuladas en el inconsciente de procedimiento de ambos protagonistas, como son el conocimiento relacional implícito, los esquemas mentales, el modelo operativo representacional interno, los principios organizadores, los pensamientos patológicos, el apego seguro, inseguro o caótico, etc. Y todo esto tiene lugar en cada encuentro, en un encuentro semanal, como también lo tendría en un encuentro de cada quince días, o mensual, pongamos por caso. Al llegar aquí, deseo insistir en el término que forma parte del título, “larga duración”, es decir duración de algunos años, para que puedan obtenerse los beneficios necesarios para el paciente. He tratado y supervisado a numerosos terapeutas que trabajan en centros de salud mental, públicos o, la mayor parte, privados subvencionados, obligados, casi siempre,

a ver a los pacientes con una frecuencia mensual, y me han hablado de la intensa relación, comunicación afectiva y ayuda significativa que llegan a obtener con sesión es semanales, o incluso mensuales, a lo largo del tiempo.

### 3. Algunas características positivas del PRSLD

El PRSLD debe tener sus desventajas frente a otros tratamientos con mayor frecuencia de sesiones, desde luego, pero también presenta sus ventajas, ya que todo tratamiento psicológico, como ocurre con los farmacológicos, puede producir beneficios y efectos secundarios indeseables. Ahora describiré algunos de los aspectos ventajosos del PRSLD, comparativamente con los tratamientos de tres, cuatro o cinco sesiones semanales.

a) No exige al paciente un esfuerzo desmesurado, ni económicamente ni en cuanto a tiempo. Cuanto más se va incrementando el número de años dedicados a mi profesión, más se afianza en mí la idea de que el psicoanálisis es para ayudar al paciente a vivir, no para introducir más dificultades en su vida, como pueden ser los problemas económicos y de tiempo.

b) Desde los primeros tiempos de Freud se ha insistido en la necesidad de que el analista sea muy cuidadoso en todas sus intervenciones para no inculcar al paciente, subrayando, además, la diferencia entre psicoanálisis y educación. Este “para no inculcar” es una falacia. En todo caso debería decirse “para inculcar lo menos posible”. Sería un auténtico milagro que un terapeuta que habla y se relaciona con su paciente tres, cuatro o cinco veces por semana durante años no lo inculque, adoctrine, sugiera, forme, enseñe y eduque. Todo analista con experiencia sabe, sobradamente, que los pacientes aprenden rápidamente las teorías con las que se maneja el analista, sus puntos de vista, sus formas de relación, sus preferencias, etc. Es muy conocido el hecho de que los pacientes asocian y, sobre todo, sueñan, a los pocos meses de comenzado el tratamiento, de acuerdo con las teorías por las que se rige su analista. Los niños toman muy pronto a sus padres como punto de *referencia* para responder a cualquier situación nueva, y este niño continúa actuando en el interior de los pacientes adultos (Fonagy, P., y Target M., 1996b; Bleichmar, H., 2010). Siendo así las cosas, no parece dudoso que una frecuencia de una sesión por semana puede reducir, extraordinariamente, la cantidad de inculcación recibida por el paciente.

c) En el PRSLD el paciente “vive” su vida más allá de su análisis en mucha mayor medida en que puede hacerlo un paciente que acude al consultorio cuatro o cinco veces por semana. Su mente no se halla absorbida y presionada por el continuo flujo de intervenciones por parte del terapeuta, y dispone de más espacio para confrontar estas con su propia reflexión y con la realidad de la vida.

d) Los teóricos de la comunicación saben, perfectamente, que el alud de información que en el momento presente recibimos los seres humanos es excesiva y ello no nos permite elaborarla y sedimentarla en nuestra mente, o rechazarla después de un adecuado

razonamiento. Queda el alud de información, dicen, impregnando nuestras mentes de una manera confusa, ni elaborada e integrada, ni tampoco eliminada de manera que quede suficiente espacio mental libre para nuevas ideas. En varias ocasiones he tratado a pacientes que habían pasado por un largo análisis de cuatro o cinco sesiones semanales, y he tenido la impresión de que en su mente se percibía un enorme montón de ideas y explicaciones sobre sí mismos, apenas configurado y con una sorprendente falta de organización. En el PRSLD la cantidad de información recibida es medida y a intervalos espaciados, lo cual permite la reflexión y elaboración en torno a la misma.

e) La alta frecuencia de sesiones semanales favorece la pasividad del paciente, por dos razones fundamentales. Una es la de que el esfuerzo económico y de tiempo que ello representa con facilidad le hace sentir al paciente que ya cumple con su cometido y que lo otro corre a cargo del analista. A causa de ello, el espíritu de colaboración puede hacerse casi inexistente. La otra, es la idealización del análisis y del analista. No es extraño que se imponga en la mente del paciente la idea de que un tratamiento que exige tanto esfuerzo ha de ser algo muy grandioso y que de él tiene derecho a esperar toda la solución de sus problemas. Esta idealización viene agravada si el analista mantiene las clásicas actitudes de anonimato, distanciamiento, etc. Nada de esto sucede en el PRSLD. Por el contrario, una sola sesión semanal lleva al paciente a no caer en la rutina y a sentirse más estimulado para la colaboración.

f) Esta pasividad en los tratamientos de alta frecuencia semanal puede, desafortunadamente, extenderse a la totalidad de la vida del paciente, quien espera que del análisis surgirán, finalmente, ideas y conocimientos que le permitirán, sin esfuerzo propio, resolver los problemas que le llevaron a pedir ayuda. Una sola sesión semanal, obliga al paciente a enfrentarse a la vida de la realidad.

g) Todo analista con largos años de ejercicio profesional se ha encontrado, en su propia experiencia clínica o en sus supervisiones, con pacientes que substituyen su vida real por el análisis. En algunas ocasiones estos pacientes presentan “mejoras” en la sesión, adoptan formas transferenciales que al analista le parecen positivas, comprende las interpretaciones y reflexiona acertadamente sobre ellas, pero su vida en la realidad exterior sigue sin modificación durante años y años. El peligro de que se produzca este tipo de *impasse* es mayor con la costumbre de algunos profesionales de decir al paciente, al comenzar el análisis, que durante el tiempo de tratamiento el análisis debe ser lo más importante en su vida. La frecuencia semanal evita, como es de esperar, este riesgo de substituir la vida por el análisis.

h) Mi experiencia es la de que, con una frecuencia semanal, muchos pacientes, sienten que pueden reflexionar más serenamente sobre las experiencias vividas en la sesión, cosa más difícil de producirse si durante cuatro o cinco días viven nuevas experiencias analíticas que se acumulan y apelonan en su mente.

i) Una posibilidad que nos permite la frecuencia semanal es la de sugerir al paciente que utilice la semana de intervalo para reflexionar sobre la experiencia subjetiva de la

sesión, y sobre las sucesivas experiencias a las que esta reflexión puede dar lugar. Lanza - Castelli (2011) sugiere al paciente que escriba un “diario de sesiones”.

Personalmente, no he empleado nunca este método por escrito. Mi experiencia se ha limitado, hasta ahora, a aconsejar a los pacientes, especialmente aquellos a los que veo semanalmente, que durante la semana reflexionen sobre las experiencias que han vivido durante la sesión, que traten de indagar en sí mismos a partir de ellas y, muy especialmente, que intenten aplicar el resultado de tales reflexiones e indagaciones a su vida práctica. Digo esto último porque debe tenerse en cuenta algo, generalmente, muy olvidado, y es que no solamente las ideas guían nuestro comportamiento, sino que, también, nuestro comportamiento hace surgir en nosotros nuevas ideas y comportamientos. Creo que muchos tratamientos se eternizan porque paciente y analista esperan, perseverantemente, que durante el curso de las sesiones el paciente tendrá *insights* y vivirá experiencias que le impulsarán a los cambios deseados en su comportamiento. Esto puede tener lugar siguiendo esta secuencia, hasta cierto punto, pero para que un tratamiento sea realmente efectivo deben combinarse ambas actitudes. Bien, en mi caso animo a mis pacientes a que en la próxima sesión dialoguemos sobre aquello en lo que han pensado y en sus intentos de convertirlo en una modificación de su comportamiento.

Todo lo que vengo comentando en este punto, pone de relieve uno de los aspectos positivos del PRSLD, ya que este esfuerzo de auto reflexión que se le pide al paciente es, de hecho, la esencia de la mentalización, la auténtica colaboración por parte del paciente, y ello, posiblemente, sea mucho más fácil de obtener en un paciente que acude semanalmente que en un paciente abrumado por el esfuerzo del dispendio de tiempo requerido por cuatro o cinco sesiones semanales, y por el alud de intervenciones del analista que inciden diariamente en su mente. Y, aquí, salta la pregunta ¿una sesión semanal vivida, examinada y reflexionada a fondo por parte del paciente; reflexión a partir de la cual el analizado saca sus propias conclusiones e, incluso, puede formular sus interpretaciones, es menos válida que cuatro o cinco sesiones, vividas, en muchas ocasiones, rutinaria y pasivamente a la espera a de lo que va a decir el analista, un decir, muchas veces, escuchado como “cosas del analista”? Que cada cual responda según su criterio.

#### 4. La mentalización es la forma más natural de llevar a cabo el PRSLD

Por mi parte, no tomé contacto a fondo con el concepto de mentalización y sus aplicaciones clínicas hasta la lectura del libro de P.Fonagy, G. Gergely, E. Jurist y M. Target, *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self* (2006). Estos autores, como otros que se han ocupado de este concepto y de sus aplicaciones, han expresado, repetida y modestamente, que ellos no hablan de nada nuevo, puesto que lo que siempre hemos intentado los analistas es que los pacientes piensen en su mente, en sus pensamientos y sentimientos. Pero yo deseo afirmar que sí que hay algo muy nuevo en

los actuales trabajos acerca de la mentalización, al subrayar la diferencia que existe entre tener pensamientos y pensar en los propios pensamientos, sentir que se tienen sentimientos y pensar en estos sentimientos, así como en las investigaciones acerca del desarrollo de la capacidad de mentalización, su vinculación con la formación del *self* y su aplicación a la clínica de los tratamientos basados en la mentalización (TBM).

Lo que ahora me interesa destacar es el hecho de que, tan pronto conocí las investigaciones de los autores citados y otros como Allen, Bateman, Ensik, Fonagy, Jurist, Mayes, Target, etc., me di cuenta, no sin cierta sorpresa, de que lo que yo había llevado a la práctica desde mis comienzos como psicoterapeuta con pacientes de frecuencia de una o dos veces por semana – modalidad que seguí practicando más adelante cuando, ya analista, combinaba los análisis de tipo clásico con psicoterapias de una sesión a la semana – era, precisamente, esto, intentar ayudar a los pacientes a pensar y reflexionar sobre sus pensamientos y sentimientos, y estimular lo que actualmente se conoce como “consciencia reflexiva” o “función reflexiva” (Damasio, A., 1999; Fosshage, J., 2011). También es la misma práctica que, puedo asegurar, han estado siguiendo gran parte de los terapeutas que he supervisado durante mi ejercicio profesional, mucho antes de que ni ellos ni yo hubiéramos leído algo acerca de la mentalización.

Esto que acabo de decir no es extraño, porque lo que ahora llamamos mentalización es lo que, espontáneamente, llevan a cabo muchas personas cuando desean comprender una experiencia que han vivido, aclarar algunos de sus problemas, entender un comportamiento propio que les ha sorprendido, y lo mismo con relación a los otros cuando pretenden entenderlos. Y, todavía más, lo que hace cualquier terapeuta con sentido común y buen juicio – antes de que las teorías y reglas técnicas que recibe en alguna institución invadan su mente y le constriñan a proceder de una manera determinada y artificial – es pedir a su paciente que reflexione sobre sus pensamientos, sus sentimientos, sus actos; se pregunte por qué son estos y no otros; se plantee alternativas, etc., y que haga lo mismo con los otros para entenderlos mejor; o sea, que mentalice. Es decir, a mi juicio la mentalización es la manera natural que poseen los seres humanos para entenderse a sí mismos y entender a los otros. Aun cuando no es éste el lugar para profundizar en este asunto, si examinamos los primeros casos clínicos de Freud no será difícil ver que en ellos había mucho de lo que llamamos mentalización. Más tarde, el deseo de asemejarse lo más posible al modelo médico, más por parte de los discípulos que no por el propio Freud, fue acercando el psicoanálisis al modelo experimental.

A mí entender, como antes ya he dicho, dado que en el PRSLD no se pretende que el paciente desarrolle una “neurosis transferencial”, con todas las características a las que me he referido en el ítem 2.1., y puesto que debe aprovecharse el tiempo de que se dispone para el desarrollo de la intersubjetividad y la modificación del inconsciente de procedimiento, no me cabe duda de que el tratamiento debe orientarse, predominantemente, al logro de un incremento de la mentalización.

Durante muchos años, tal como he relatado en otra publicación (2012a), estuve llevando a cabo psicoanálisis en el sentido más clásico del término y tratamientos

psicoterapéuticos de una o dos sesiones por semana. Por mis recuerdos y por las anotaciones que conservo mi idea es que estos últimos estaban plenamente basados en la mentalización, aunque yo procedía de manera intuitiva. Desde la experiencia subjetiva, tanto la mía como la de mis pacientes, los beneficios obtenidos con los TBM superaban, con mucho, los de los tratamientos psicoanalíticos clásicos.

## 5. El desarrollo de la capacidad de mentalización

Muy brevemente, expongo una síntesis del desarrollo de la capacidad de mentalización para que, posteriormente, quede más clara la relación entre ella y el apego. Esta capacidad es el resultado de la distinción que puede establecer el niño/a entre el mismo y los otros, gracias a que existe una respuesta básica común a todos los humanos frente a los sentimientos de quienes nos rodean, respuesta ésta que se presenta en el bebé desde los primeros momentos de su vida y que es anterior al inicio del pensamiento. Es preciso, por tanto, para la mentalización que el niño/a, a través del contacto con la madre pueda diferenciar a ésta de sus propios estados mentales. P. Hobson lo expresa así en su excelente libro *The Cradle of Thought* (2002):

“Hallarse emocionalmente conectado con alguien es experimentar a este alguien como una persona. Esta conexión es lo que capacita al bebé, como también a los niños y a los adultos, para diferenciar a las personas de las cosas. Con esto no signifi- co que esta capacidad es empleada para diferenciar a las personas como un tipo de cosas, y los objetos como otro tipo de cosas. El bebé y el niño/a podrían hacer esto sobre la base de rasgos físicos como la figura, la presencia de brazos y piernas, la movilidad, etc. Yo deseo significar algo más profundo. El niño/a descubre qué *clase* de cosa es una persona a través de la conexión emocional. Una persona es la clase de cosa con la cual uno puede sentir y compartir cosas, y la clase de cosa con la cual uno puede comunicar” (p. 59; cursivas del autor; la traducción es mía).

Las ideas expuestas en este párrafo resumen y esclarecen lo que ya sabíamos: el niño/a aprende a mentalizar y, a la vez, forma su *self*, a través del intercambio emocional con la madre (Winnicott, D., 1960<sup>a</sup>, 1960b; Fonagy, P. y Target, M., 1996a, 1996b).

La capacidad de representación es la puerta de entrada previa para llegar a la mentalización. La capacidad de representación significa que el niño/a aprende que puede tener la realidad en su mente, pero que una cosa es esta representación y otra la realidad que representa. Podemos decir que esta capacidad es la que nos libera de sentirnos invadidos por la realidad en nuestra mente. Pero en la más temprana infancia el niño/a se relaciona con la realidad exterior a través de tres procesos psíquicos “prementalizadores”: el *modo teleológico*, el *modo equivalente* y el *modo como-sí* o *simulado*<sup>4</sup>. En el modo teleológico el niño/a sólo entiende los actos en cuanto a intenciones o finalidades; en el modo equivalente el niño/a siente que lo que está en su mente acerca de la realidad es la realidad, de forma que cree que su pensamiento y la realidad coinciden; en el modo como-sí o simulado el niño/a establece una diferencia, pero vive una y otra, la realidad

representada en su mente y la realidad exterior a él, como dos realidades distintas pero independientes entre sí. La mentalización es el resultado de la integración de los tres modos, y ello se alcanza a través de la interacción con los padres. Para conseguir este resultado son necesarias dos habilidades por parte de los padres, la *marcación* y la *contingencia*. Por marcación, se entiende el hecho de que los padres, al reflejar el estado emocional del niño, “marcan” que ellos no experimentan el mismo estado emocional ni la respuesta conductual que al mismo corresponde. Por contingencia, entendemos el hecho de que los padres se percatan de cuál es el verdadero estado emocional del niño y lo reflejan, es decir, no lo confunden con otro estado emocional, lo cual sería reflejar en falso. Desafortunadamente, muchos padres, por las razones que sean, carecen de estas habilidades y ello es la causa de gran número de trastornos en la capacidad de mentalización del sujeto y en la formación de un *self* extraño y del falso *self* del que nos habla Winnicott.

Si las cosas transcurren más favorablemente, los niños/as, con sus expresiones faciales, gestos, gritos, llanto o vocalizaciones expresan sus emociones y los padres, de una forma natural y sin necesidad de aprendizaje alguno, reflejan en sus rostros, gestos y lenguaje la emoción que expresan los niño/as. Estos, por tanto, ven su estado emocional representado en el rostro de la madre, internalizan esta representación y, con ello, logran formar en su mente una representación secundaria de su estado emocional, con lo cual adquieren un símbolo y, a partir de aquí, se inicia la *regularización emocional* porque, como hace unos momentos he dicho, esta representación secundaria internalizada está marcada, es decir, la madre no está asustada, ni siente dolor corporal, ni se halla enfadada ni agresiva, etc. Por tanto, esta representación/símbolo internalizada actúa como un factor de modulación de la emoción y de barrera contra el exceso de excitación, de forma que cuando algún estímulo, del medio interno o del externo, la desencadena de nuevo, el niño/a la vive “marcada” por la madre tal como la ha internalizado. La constante repetición de estas experiencias permite al niño/a, categorizar diferentes estados emocionales, los cuales quedan identificados por las sensaciones y cambios fisiológicos internos que forman parte de ellos (Fonagy, P. y Target, M., 1996).

A través de este continuado proceso de expresión de sus estados mentales e internalización de las respuestas de los padres, el niño/a entiende que él tiene estados mentales, ya sea como deseos, impulsos, sentimientos, pensamientos; que su comportamiento, aún con diversas formas de expresión, tiene que ver con estos estados mentales; que los otros también tienen estados mentales y que, así mismo, su comportamiento depende de ellos. Y esto, es a lo que llamamos mentalización. Al mismo tiempo, este hecho de poder pensar en los propios estados mentales y diferenciarlos de los estados mentales de los otros es el prime germen del sentimiento de identidad y del sentimiento de ser el agente de la propia vida. A la vez, el progresivo reconocimiento, delimitación y organización de estos estados mentales, reflejados por los padres, da lugar a la formación de un *self* coherente que refuerza el sentimiento de identidad. Sentimiento que, a lo largo de la vida, irá estabilizándose a través de la interacción constante con la



cultura en la que vive cada sujeto.

Todo lo que he descrito en este apartado pone de relieve la importancia de las interacciones interpersonales para la formación de la mente, la adquisición de la capacidad de mentalización y el desarrollo del *self*. Pienso que las investigaciones neurofisiológicas, junto a los estudios de las relaciones bebés –padres, actualizan sobradamente las ideas de Vigotsky acerca de que la mente se forma desde fuera a dentro, y de que los procesos *interpersonales* se transforman en *intrapersonales*. Por este motivo, dedicaré en el próximo apartado unas palabras a las relaciones entre el apego y la mentalización, dado que las mismas constituyen gran parte de los fundamentos del PRSLD.

## 6. Mentalización y apego

La teoría del apego es suficientemente conocida en sus líneas generales, lo que ahora me permite limitarme a añadir a lo ya expresado en el ítem 2.2, algunas reflexiones acerca de las relaciones entre mentalización y apego.

Las investigaciones acerca de la seguridad o inseguridad en el apego llevadas a cabo por Mary Ainsworth (1978) en la situación experimental llamada “Situación Extraña”, mediante las cuales se clasifica el apego en: A) Apego seguro; B) Apego inseguro-evitativo; C) Apego inseguro ambivalente y D) Apego desorientado-desorganizado, tienen gran interés tanto para el estudio del desarrollo de la mentalización como para la clínica. Las diversas respuestas de los niños a la breve ausencia de la madre y su posterior retorno muestran que los niños tienen en su mente diferentes *sistemas representacionales* en los que la figura del apego es sentida de muy distintas maneras en cuanto a su nivel de disponibilidad, aceptación, comunicación, cercanía, amor, por un extremo, y negligencia, descuido, inaccesibilidad, maltrato, por el otro. Se trata, por tanto, de sistemas de representación de uno mismo en relación con los otros, y son denominados, en la teoría del apego, *Modelos Operativos Internos*<sup>5</sup>. (Marrone, M, 2001).

Las investigaciones acerca de la relación entre mentalización y apego ( Fonagy, P., 2004; Fonagy, P., Gergeley, G., Jurist, E. y Target, M. 2006; Allen, J., Fonagy, P. y Bateman, A. 2008) muestran, sin lugar a dudas, que el apego seguro es un factor de primordial importancia para que los niños/as en la primera y segunda infancia desarrollen una adecuada capacidad de mentalización. Dicen a este respecto Fonagy, Allen y Bateman (2008).

“No existe nada mágico acerca de las relaciones entre apego y mentalización: el apego seguro induce un clima relacional que promueve *interacciones* mentalizadoras; a la inversa... las respuestas mentalizadoras contingentes promueven una regulación de los afectos que construyen un lazo emocional seguro...” (p.96; la traducción es mía).

Los autores que acabo de citar en último lugar conceden una gran importancia a dos factores: a) el hecho de que los padres hayan vivido un apego seguro en su infancia; b) el hecho de que los padres, uno o ambos, aun cuando hayan sufrido un apego inseguro, sean

capaces de reflexionar sobre los sucesos de su infancia y mantener una función reflexiva que les permita entender los estados mentales de su hijo/a y referirse a ellos en su conversación con él/ella. Este último factor me parece a mí de una extraordinaria importancia para las posibilidades de ayuda terapéutica y realza el papel de la mentalización en el curso del proceso analítico, a fin de que el paciente pueda modificar el sistema representacional operativo dentro de él/ella. Para mayor claridad, estos autores trazan un esquema que viene a ser: si los padres poseen un apego seguro y capacidad mentalizadora interaccionan con su hijo a través de la comprensión de los estados mentales de éste; lo cual promueve un apego seguro en el hijo que conduce al desarrollo de su capacidad de mentalización. A la inversa, si los padres han sufrido un apego inseguro y presentan una mentalización deficiente, interaccionan con su hijo/a sin una comprensión de los estados mentales de éste; lo cual da lugar a un apego inseguro en el hijo/a y a un insuficiente desarrollo de su capacidad de mentalización. Al llegar aquí no puedo dejar de referirme, aunque vaya más allá de los límites de este capítulo, a la “Entrevista de Apego del Adulto”, ideada por M. Main y colaboradores, citada por J. Wallin (2012). En ella, se pide a los adultos que reflexionen sobre las relaciones con sus propios padres y de qué manera fueron vividas por ellos. Esta entrevista se ha revelado como un poderoso instrumento para predecir la capacidad de unos padres para ofrecer un apego seguro a sus hijos.

Al hablar del apego no podemos olvidar que la motivación de apego es lo que lleva a la inmensa mayoría de los pacientes – excluyo ahora a los que solicitan el tratamiento por motivos profesionales – a pedir ayuda. Más allá de sus razonamientos, que pueden ser muy válidos en torno a los síntomas, dificultades en las relaciones con los otros, ansiedades, fracasos, etc., aquello que más fundamentalmente les mueve a acercarse a nosotros, los terapeutas, es la búsqueda desesperada del apego seguro que les faltó en la infancia. Y, al decir esto, no me refiero al concepto de apego como búsqueda de seguridad, que todavía es el único que se tiene en cuenta en algunos círculos psicoanalíticos, la motivación elemental de apego como necesidad de presencia de la madre. Me refiero al concepto actual del sistema de apego que contiene una extensa serie de matices y características que cubren toda una amplia gama de necesidades humanas.

Para Bowlby, el sistema de apego es un componente de la programación genética humana que se expresa en un conjunto de respuestas innatas e instintivas que no puede reducirse a otra motivación, y que se manifiesta frente a la amenaza y la inseguridad (Bowlby, J., 1969, 1972, 1980).

Wallin (2012) esquematiza del siguiente modo los tres tipos de comportamiento en que se manifiesta la motivación propia del sistema de apego: 1) Búsqueda, seguimiento y mantenimiento de la proximidad a una figura de apego protectora; 2) Uso de la figura de apego como base segura; 3) Búsqueda de una figura de apego como refugio en momentos de peligro y situaciones de alarma.

Añade Wallin que, si bien en un principio Bowlby hablaba de la proximidad física como el objetivo del apego, con el paso del tiempo y la profundización de sus investigaciones

pronto advirtió que la presencia física tiene un significado simbólico, el de la disponibilidad afectiva del cuidador, de manera que la motivación de apego es la de encontrar la tranquilidad que va asociada a esta disponibilidad del cuidador. Desde este punto de vista, podemos decir que el apego, seguro o inseguro, proviene de la valoración que realiza el niño/a acerca de la disponibilidad del cuidador, cosa que depende de las experiencias que ha vivido hasta entonces. En el momento actual, hay un acuerdo, podemos decir que generalizado, de que el sistema motivacional del apego es en los humanos totalmente distinto del de los primates, y que únicamente en las primeras semanas de vida podemos encontrar algún parecido a través de la simple observación. K. Lyons-Ruth (2006) es muy contundente en la defensa de esta diferenciación entre los humanos y los primates, apoyándose en autores evolucionistas como Tomasello (1994) y Hobson (2004). Dos propiedades de los seres humanos marcan, para ella, esta distinción de manera irrefutable. Uno es el hecho de que el sistema motivacional del apego en los humanos pasa y se expresa a través del filtro de la intersubjetividad, y el segundo es el hecho trascendental de que los cerebros humanos están diseñados para comunicarse los unos con los otros. Opina Lyons-Ruth, y yo me siento de acuerdo con esta idea, que no hemos de pensar que existen dos sistemas motivacionales distintos, la motivación de apego y la motivación intersubjetiva, sino que la intersubjetividad es una disposición constitucional inherente al ser humano y, por tanto, no puede ubicarse al nivel de sistema motivacional, pero sí que podemos decir que el sistema motivacional de apego está al servicio de la naturaleza intersubjetiva de los humanos y se integra en ella.

Yo pienso que esta propiedad de los cerebros humanos de comunicarse y entenderse mutuamente podemos comprobarla -aparte de los experimentos con neuroimagen que nos muestran la actividad del sistema de neuronas en espejo (s.n.e) y la activación de determinadas zonas del cerebro- con la más simple observación que todos tenemos a mano, la de contemplar la manera cómo, en sus juegos, la madre y el bebé se miran a los ojos y se mandan, así, múltiples y enternecedores mensajes. Por cierto que nunca se observa que los primates más cercanos al hombre, ni, por supuesto, los más alejados, se miren a los ojos. También los adultos nos miramos a los ojos a veces; cuando queremos sincerarnos unos con otros en lo más íntimo nos miramos a los ojos mutuamente. Es una exigencia típica de muchas mujeres cuando quieren asegurarse de la fidelidad de su pareja, frente a alguna duda, el decirle “mírame a los ojos”.

Si he hablado de hecho trascendental al referirme a las ideas de Lyons-Ruth (2006) es porque ella expone que algunos evolucionistas, como los citados Tomasello y Hobson, interpretan el hecho, objetivamente indiscutible, de que en los últimos doscientos mil años la humanidad ha evolucionado más que en los últimos quinientos millones de años pasados desde la aparición de los primeros australopitecos, los *anamensis*, y consideran que esto es inexplicable desde la perspectiva puramente biológica. Piénsese que desde el homo *sapiens* antiguo al homo *sapiens* actual o *sapiens-sapiens* han transcurrido únicamente entre doscientos y ciento cincuenta mil años. La explicación que ofrecen Tomasello, Hobson y Lyons-Ruth es la de que, en el momento en que apareció en los cerebros, por una

mutación genética o lo que fuere, una capacidad para la comunicación mutua, un especial diseño para el entendimiento entre cerebro y cerebro, fue cuando se desencadenó esta evolución acelerada que nos ha conducido al momento actual. Y esta más rápida maduración, a través de la recíproca estimulación entre sí de los cerebros, no es independiente del mirarse a los ojos la madre y el bebé, porque este intenso y tan frecuente mirarse a los ojos activa la neurogénesis y mielinización de las fibras nerviosas desde las redes orbitales al cortex orbitofrontal, una de las más importantes zonas cerebrales como asiento de las funciones cognitivas (Pally, R., 2003). Estas ideas no están muy lejos de la teoría de Clifford Geertz cuando éste expone la evolución de la humanidad con su tesis de que *los hombres crean la cultura y la cultura crea a los hombres en una continua retroalimentación positiva* (1973).

Pienso que hay algo que hemos de tener muy en cuenta los terapeutas varones. Describe Wallin (2012), refiriéndose a estudios desarrollados en Suecia, que incluso cuando la madre trabaja fuera de casa y es el padre quien ejerce la figura primordial cuidadora, los hijos siguen prefiriendo a la madre como figura de apego. Esto se explica, parece, por la experiencia prenatal de la voz de la madre, lo cual da lugar al desarrollo del apego ya antes del nacimiento del bebé. Teniendo esto en cuenta, los analistas varones estamos en desventaja para conseguir que nuestros pacientes, hombres y mujeres, experimenten con nosotros una base de apego seguro y, consecuentemente, hemos de esforzarnos más en este sentido, acudiendo a la sensibilidad femenina que hay en todo hombre, de la misma manera que hay una sensibilidad masculina en toda mujer.

Deseo terminar este apartado insistiendo en el papel central que la afectividad tiene en la adquisición de la capacidad de mentalización y en el funcionamiento de ésta. Para ello, hemos de diferenciar los conceptos de lectura de la mente (*mindrearing*) y “teoría de la mente”, tal como han sido desarrollos por psicólogos cognitivistas como A. Goldman (2006), de la mentalización tal como la entendemos los psicoanalistas. Se trata, sin duda alguna, de conceptos de gran utilidad, pero que a nosotros, los analistas, nos quedan pobres porque son conceptos excesivamente mecánicos, carecen de alma porque en ellos no se tiene en cuenta la afectividad sino tan solo los procesos cognitivos. La teoría de la mente de los cognitivistas descansa, primordialmente, en tres puntos de vista alternativos: a) la psicología popular que se supone posee todo individuo espontáneamente; b) el supuesto de que todo cerebro comienza a desarrollar desde su nacimiento, y a partir de las experiencias recibidas, una teoría acerca del funcionamiento de los otros cerebros, y c) la teoría de la simulación, según la cual la capacidad de interpretar la mente de los otros tiene lugar merced a que el sujeto entiende los deseos, emociones e intenciones del otro mediante la estrategia de ponerse en su lugar. Todo esto es útil y cierto, pero son sólo elementos parciales de lo que los analistas relacionales entendemos por mentalización, porque ésta se desarrolla, para nosotros, sobre una dimensión fundamental, la afectividad. El apego seguro, a partir del cual se despliega la mentalización, es, ante todo, un vínculo afectivo. El apego seguro facilita la posibilidad de regular los afectos, con lo cual permite el paso desde la heteroregulación a la autorregulación. E. Jurist lo describe de esta manera

(2010):

“Inicialmente, los niños dependen de la ayuda del cuidador para contener los afectos fuertemente negativos y tolerar los positivos. A medida que su capacidad para regular los afectos se desarrolla, a partir de la segunda mitad del primer año de vida emerge el sentido del *self* lo que, a su vez, promueve una mejor capacidad para la autorregulación. La regulación de los afectos se fundamenta en el discernimiento de las intenciones de los otros y en el aprendizaje de verse a uno mismo como un agente que tiene sus propias intenciones; esto, a su vez, prepara el camino para la mentalización, la cual se alcanza entre los 4-5 años de edad. La mentalización, por tanto, se encuentra intrínsecamente ligada a los afectos. La regulación de los afectos es la base de la mentalización, pero la mentalización, a su vez, alimenta una nueva y diferenciada clase de afecto y *self*-regulación, es decir, la mentalización de la afectividad” (p-291; la traducción es mía).

Deseo advertir, con relación al párrafo que acabo de transcribir que, aun cuando usualmente empleamos simplemente el término mentalización, hemos de estar muy alerta para no caer en el aspecto mecánico, como si se tratara de una de tantas habilidades de los seres humanos, destinada, en este caso, a conocer las intenciones y propósitos de los otros, es decir, la mentalización como simple lectura de la mente. Lo que hemos de saber, en tanto que analistas, es que lo que otorga a lo que llamamos ordinariamente mentalización su fuerza modificadora, tanto de los procesos explícitos como de los implícitos, es la mentalización de la afectividad.

Insiste, Jurist, en que la mentalización es precisa para la comprensión del significado de los estados afectivos de los otros y de los propios, lo cual requiere un proceso de elaboración de las manifestaciones de nuestro mundo representacional en el curso de nuestras experiencias afectivas, y por ello sabemos que, al igual que hace la madre con el niño/a, el analista ayuda al paciente a realizar esta elaboración. Esta elaboración, expone Jurist, nos ayuda a diferenciar entre los tres elementos de la afectividad: la identificación, el procesamiento y la expresión de los afectos. La identificación permite dar un nombre a los afectos y diferenciarlos entre sí. El procesamiento permite modularlos, y la expresión posibilita la comunicación. En síntesis, por tanto, afirma Jurist que la mentalización de la afectividad hace inteligible la complejidad de la experiencia afectiva.

## 7. El sistema motivacional de apego persiste durante toda la vida

Una creencia muy difundida en el psicoanálisis clásico es la de que uno de los logros del tratamiento psicoanalítico estriba en que el analizado, resueltos ya sus conflictos intrapsíquicos, dudas, confusiones y ansiedades, y en excelente relación con sus buenos objetos internos, alcanza a ser una persona que posee sus propios criterios y su propia capacidad de autoestima, que se vale completamente por sí mismo desde el punto de vista mental, independiente de los juicios de los otros y vive libre de sentimientos de soledad y sin gran necesidad de estos otros”.

Tanto las investigaciones de Bowlby como las de sus inmediatos seguidores con relación al apego se han centrado en las necesidades de los niños/as, en la primera y segunda infancia, para el desarrollo de un *self* vigoroso y coherente y para el logro de la mentalización. Pero la continuidad de las investigaciones ha puesto de relieve que la motivación de apego persiste durante toda la vida, lejos de este antiguo ideal del análisis clásico según el cual el sujeto adecuadamente analizado y que alcanza su madurez mental se encuentra siempre suficientemente acompañado por sus buenos objetos internos y con capacidad para prescindir de sus semejantes cuando lo desea. La experiencia clínica nos muestra, de continuo, que las cosas no son así. Los seres humanos buscan, durante toda su vida, una relación que les ofrezca un apego seguro en las vinculaciones con los otros, y, cuando sus esperanzas en este sentido fracasan, reinician su búsqueda una y otra vez. Los hombres y las mujeres, sanos y mentalmente maduros, necesitan, también, el contacto y la relación con los otros, aunque la diferencia estriba en que saben buscarlos de la manera y en el lugar adecuados y, además, aprovecharlos cuando los encuentran. Todos nos necesitamos los unos a los otros. No me cabe duda de que nuestros pacientes, más allá de las consideraciones razonables que les han llevado a pedir ayuda, esperan encontrar en nosotros esta base de apego seguro a que ya me he referido.

En el sentido de lo que estoy diciendo, me parece interesante citar un libro de R. Galatzer-Levy y B. Cohler, dos autores que, proviniendo de la psicología del *self*, sin ninguna mención a la teoría del apego y desde una perspectiva distinta de ella, publicaron, ya hace años, un libro, *The Essential Other (1993)*, mucho antes de que se comenzara a hablar de mentalización y de que el interés por el apego alcanzara las cotas en las que ahora se encuentra entre los analistas. En este libro se pone de relieve, como su título indica, que los otros, nuestros semejantes son esenciales para todos nosotros, sanos y enfermos, pacientes y analistas. Lo expresan claramente en este párrafo:

“El otro esencial es nuestra experiencia de las otras personas y entidades en el medio ambiente que nos rodea, la cual soporta el sentido de un *self* coherente y vigoroso e impulsa su desarrollo. El otro esencial se refiere a una experiencia en la vida psicológica del individuo, no a la realidad externa de estas personas. Nosotros pensamos que el apoyo al *self* es siempre parte de la experiencia total con las otras personas y entidades. Esta función nunca se encuentra aislada de lo significados adicionales que esos otros poseen” (p.3; la traducción es mía).

## **8. Existe una tendencia curativa espontánea en la naturaleza , la que los antiguos médicos llamaban *vis medicatrix naturae***

No fue por casualidad que lo primeros pacientes de Breuer y Freud acudían a ellos para curarse hablando, no para comunicar asociaciones libres y que les fuera interpretado el significado inconsciente. Y por esto surgió la denominación de “cura hablada” y de “deshollinamiento”. Mucho tendríamos que decir de lo que en su tiempo se denominó

“cura catártica”, y que más tarde se despreció como algo totalmente inefectivo, pero precisamente este “mucho” no me permite meterme en tales honduras en este momento.

Ahora sabemos que hemos de afrontar este hablar de los pacientes con los conocimientos que nos han dado las experiencias clínicas de generaciones de analistas, por un lado, y con las aportaciones de las ciencias afines que nos permiten emplear el diálogo de la forma más adecuada para el beneficio del paciente, por otro. Y, sin embargo, no debemos olvidar que, desde siempre, los grandes médicos, incluso antes de que aparecieran fármacos verdaderamente eficaces, han ayudado a sus pacientes hablando, gracias a su humanidad y a su conocimiento intuitivo del alma humana.

Creo muy significativo el hecho de que, espontáneamente, esto es lo que hacen los pacientes cuando acuden al terapeuta, hablar para modificar su experiencia subjetiva. Porque sienten intuitivamente, antes de que nadie se lo haya explicado, que hablar con alguien que les comprenda acerca de sus sufrimientos, ansiedades, conflictos, etc., es decir, de sus experiencias subjetivas, les ayudará, y en esto no se equivocan, porque, de una u otra forma, todos sienten que sus experiencias subjetivas han cambiado en algo después de comunicarlas al terapeuta. Esto es lo que nos recuerda el antiguo axioma que figura en el encabezamiento de este apartado: *vis medicatrix naturae* (la fuerza curativa de la naturaleza). Este axioma, desafortunadamente muy olvidado, nos avisa de que la naturaleza tiende espontáneamente a la curación, aunque no siempre lo consiga, y que el médico debe ayudar a este impulso de la naturaleza y cuidar de no obstaculizarlo con su arsenal terapéutico, como ocurre muchas veces. Pues bien, encuentro en lo que estoy diciendo un argumento más a favor del PRSLD, porque pienso que este tipo de tratamiento, al parecer tan sencillo, se pone a favor de este fenómeno natural de la modificación de la experiencia subjetiva al ser verbalizada. Y ello es porque no se le ponen obstáculos con un encuadre complicado y estrictamente reglamentado en el que la relación paciente-terapeuta pierde lo que es natural y espontáneo en las relaciones entre personas. El encuadre clásico provoca una situación extraña y artificial, con exigencias de un esfuerzo excesivo de varias sesiones por semana que altera el natural ritmo de la vida del paciente y también de su economía, y que provoca una dependencia forzada hacia el analista, con el resultado de una regresión psíquica que trastorna lo habitual y propio de su forma de pensar y de sentir, en cuyo caso el analista no está tratando al paciente tal como es éste en su vida corriente, sino a alguien distorsionado por las condiciones artificiales impuestas por el proceso psicoanalítico, con lo cual podemos decir que está tratando un artefacto. La frecuencia semanal, en cambio, respeta lo que podemos llamar el ritmo humano, tanto en el sentido temporal como por el tipo de relaciones que se establecen. Con esto, no pretendo negar los beneficios que pueden obtenerse con los tratamientos de tres o más sesiones por semana, pero pretendo insistir en lo que ya he dicho antes acerca de los efectos secundarios de toda terapéutica, psíquica o farmacológica, y subrayar la carencia de los mismos en el PRSLD. Todo tiene sus ventajas y desventajas.

## 9. La aplicación de la mentalización en la clínica es válida para toda clase de orientaciones.

Creo que debemos distinguir entre la mentalización aplicada de una forma general en todos los tratamientos psicodinámicos y la mentalización en los TBM. Ya he subrayado, anteriormente, que los analistas siempre hemos tratado de que los pacientes piensen, pero, tradicionalmente, este pensar ha sido visto como la consecuencia de las interpretaciones del analista, de manera que parece que se da por supuesto que aquello sobre lo que ha de pensar el paciente es acerca de las interpretaciones del analista y el *insight* obtenido, caso de que este se produzca. En el análisis tradicional no se le pide al paciente que piense, sino que se observe y comunique el resultado de tal observación y que luego piense en lo que se le ha explicado. Esta forma de proceder, o sea la técnica de las asociaciones libres es, en principio, antimentalizadora. Pero esto no significa que el analista que sigue la escuela que sea no pueda, en algunos momentos, parecerle conveniente llevar las cosas de tal manera que el paciente se detenga y reflexione por sí mismo sobre sus pensamientos y sentimientos, y lo mismo en cuanto a los otros para intentar comprenderlos.

Precisamente, en un seminario sobre “mentalización” que he dado en la Sociedad Española de Psicoanálisis (SEP) en el curso 2012- 2012, para miembros, candidatos e invitados, se planteó algo relacionado con este tema. Uno de los asistentes puso sobre el tapete la cuestión de si las asociaciones libres podían o debían ser consideradas como una expresión de mentalización, suscitándose un vivo debate sobre el tema, con gran diversidad de opiniones. Finalmente, el consenso resultante fue distinguir, como acabo de exponer, entre la aplicación de la mentalización en toda clase de tratamientos de base psicoanalítica y los TBM. En los primeros parece lo más lógico, de acuerdo con la experiencia clínica, considerar que, incluso dentro de la técnica de las asociaciones libres, una asociación puede, en un momento dado, convertirse en un camino para la mentalización, pero teniendo en cuenta que es una cuestión muy difícil de dilucidar, por regla general, en qué momento se traspasa la frontera de la simple asociación libre para entrar de lleno en el campo de la mentalización. Pero, por lo que concierne a los TBM, parece innegable que el empleo de la técnica de las asociaciones libres es poco adecuada para favorecer la mentalización, sin que ello signifique que el analista deba negar este derecho al paciente.

## 10. El TBM en el PRSLD.

### 10.1. La actitud mentalizadora: el diálogo

Entrando ya en los aspectos clínicos del PRSLD basado en la mentalización, quiero dejar bien claro, de entrada, el principio que, en estos momentos de mi carrera profesional, considero que ha de guiar la práctica del análisis: *los buenos terapeutas tratan, por encima de todo y sin atenerse a más reglas que las propias de la honestidad profesional, de*



*favorecer el desarrollo mental de sus pacientes, y con esto no pueden enorgullecerse de haber inventado nada nuevo, puesto que es lo mismo que hacen los buenos padres con sus hijos.*

Ya hemos visto que los padres cuidadosos y amantes de sus hijos se esfuerzan por ofrecer una disponibilidad atenta, cariñosa y siempre presente, con lo cual estos viven un apego seguro. Y también procuran comprender los estados mentales de los hijos y reflejarles esta comprensión, de manera que interaccionan de una manera mentalizadora con ellos y, por tanto, les ayudan a formar su *self* y a adquirir la capacidad de mentalizar. Ahora bien, explicar qué es lo que entiendo por actitud mentalizadora y por diálogo no es nada fácil, y todo lo que puedo hacer es ofrecer las ideas que mis conocimientos y mi experiencia clínica me dictan. Pero deseo que quede bien claro que la práctica del TBM, como en realidad de todo el psicoanálisis relacional, no es una técnica sino un arte y que, cuando se halla con el paciente, el terapeuta debe intentar olvidar sus teorías y seguir su empatía, su corazón y su intuición

Para mí, el fundamento de la actitud mentalizadora es el diálogo. Un diálogo natural y espontáneo que -dando por supuesto y por acuerdo mutuo que existe una asimetría, puesto que uno pide ayuda y el otro la ofrece- transcurre sobre una base democrática e igualitaria en la que, como ya nos enseñó Racker hace muchos años (1961), no ha de haber un sano y un enfermo, sino dos personas que se afanan por entenderse y encontrarse en la experiencia intersubjetiva (Bromberg, J., 2009). El ser humano es polifónico, hay muchas voces en su interior como expresión de diversos *selves*, y el diálogo ha de permitir que se escuchen todas estas voces. De lo contrario, si sólo se escucha una voz, la voz del que ocupa el lugar del supuesto enfermo frente a la voz del supuesto sano que ha de dictar lo que es verdad y lo que no, no hay diálogo sino monólogo y caemos en la complementariedad (Benjamin, J, 2012). Etimológicamente, la palabra diálogo significa una palabra que va y viene, que circula libremente, y nos es lícito afirmar que el ejercicio del diálogo es el reconocimiento explícito de que ninguno de los interlocutores está en posesión de la verdad, sino que ambos intentan hallar algún fragmento de verdad a través del reconocimiento mutuo en la experiencia intersubjetiva (Duch, L, 2010). Como ha puesto de relieve R. Riera (2010) la conexión emocional entre los hablantes es la directriz fundamental que guía el diálogo, lo que puede ser dicho y lo que no puede ser dicho. En el diálogo analítico, paciente y terapeuta conviven íntimamente el uno con el otro. Pero deseo decir algo más al respecto.

Dado que para muchos profesionales y lectores el diálogo lleva unida la idea de interpretación, y aunque para mí ésta última sólo sólo es válida si tiene una autoría común, la del paciente y el analista -pero no si se trata de algo que el paciente no sabe y el analista le transmite- quiero decir algunas palabras para que quede más evidente la forma de diálogo que propongo. Porque intento dejar bien clara a la distinción trazada por P. Ricoeur (1965), y actualmente retomada por D. Orange (2011), entre la hermenéutica de la sospecha, en palabras de Ricoeur, y la hermenéutica de la confianza, que es el término empleado por Orange.

Ricoeur se refiere a dos versiones de la interpretación, una como “recolección de sentido y la otra como reducción de las ilusiones y mentiras de la consciencia”(p.32) Esta última, a parte de la suposición de la “falsa “consciencia. Todo lo que expresan los hombres sirve para ocultar sus verdaderas intenciones, sentimientos y deseos. Freud, para Ricoeur y también para Orange, parte de esta hermenéutica –pienso que también podríamos hablar de metapsicología – de la sospecha. Todo lo que dice el paciente sirve para ocultar la verdad, y la misión del analista es la descubrir esta verdad enmascarada tras sus palabras, cosa que afirma contundentemente en su trabajo *Negación(1925)*. Ricoeur opone a la hermenéutica de la sospecha, la de la fe, pero no incide mucho en este sentido. Y para Ricoeur, Freud va acompañado, en esta actitud, por Marx y Nietzsche, y, en este sentido, habla de los tres grandes maestros de la sospecha. Dice Ricoeur a este respecto (1965):

“ Ahora bien, los tres despejan el horizonte para una palabra más auténtica, para un nuevo reinado de la Verdad, no sólo por medio de una crítica “destructora”, sino mediante la invención de un arte de *interpretar.....*A partir de ellos la comprensión es una hermenéutica : busca el sentido, en lo sucesivo , ya no es deletrear la consciencia del sentido, sino *descifrar sus expresiones ...* Si la conciencia no es lo que debe ser, debe instituirse una nueva relación entre lo patente y lo latente ; esta nueva relación correspondería a lo que la conciencia había instituido entre la apariencia y la realidad de la cosa. La categoría fundamental de la conciencia, para los tres, es la relación oculto-mostrando o, si se prefiere, simulando-manifiesto. Que los marxistas se obstinen en la teoría del “reflejo”, que Nietzsche se contradiga dogmatizando sobre el “perspectivismo” de la Voluntad de Poder, que Freud mitologice con su “censura”, su “portero” y sus “disfraces”; lo esencial no está en estos obstáculos y atolladeros, lo esencial es que los tres crean, con los medios a su alcance, , es decir, con y contra los prejuicios de la época una *ciencia* mediata del sentido , irreductible a la *conciencia* inmediata de sentido...” (p. 34; cursivas del autor).

Por su parte Orange (2011), aun admitiendo que nosotros no siempre somos transparentes ni tan solo para nosotros mismos, advierte de los graves riesgos que corremos con el empleo de la hermenéutica de la sospecha, al situarnos a distancia de nuestros pacientes y de su experiencia, objetivarla y reducirla a categorías. Inducimos a nuestros pacientes, dice, a tomar esta actitud ante sí mismos, y el mismo analista se encuentra distante de su experiencia, menos disponible para el paciente y con cierta actitud de superioridad. Orange, desde la vertiente humanista que desarrolla, opone a la hermenéutica de la sospecha la hermenéutica de la confianza, y considera que (2001):

“Mostraré que para la terapéutica humanista, la sospecha siempre debe estar anidada dentro de la hermenéutica de confianza, donde es transformada en cuestionamientos y tiene lugar la puesta en riesgo de los propios prejuicios dentro del proceso dialógico” (p. 31; la traducción es mía).

P. Grice (1975) y J. Habermas (1987) también creen firmemente en que debe contarse de entrada con la sinceridad de los interlocutores para que existe un verdadero diálogo. Por

mi parte, y en el mismo sentido, pienso que un intercambio de comunicaciones en el que uno de los hablantes posee el saber y el otro espera que esta saber le sea comunicado, como ocurre en el psicoanálisis tradicional no es un diálogo, y creo que en esto radica la principal diferencia con el psicoanálisis relacional.

Por tanto, cuando más arriba he hablado del diálogo como fundamento de la actitud mentalizadora me refiero a este estilo de diálogo. El diálogo fundado en la sinceridad y la confianza mutua entre paciente y analista; diálogo, es cierto, con una ligera asimetría, porque uno habla para ser ayudado y el otro para ayudar, pero ambos con una plena confianza en la *bona fide* del otro, y con un sentimiento de reciprocidad e igualdad en tanto que personas. No es real la crítica que, a veces se hace, de que con este tipo de diálogo se perpetúa el narcisismo y las viejas defensas, porque ésta es la mejor vía para que lo que puede haber de patológico en las relaciones humanas se desvele serenamente, tranquilamente, en un entregarse el uno al otro sin temores.

Antes he dicho que en el hombre confluyen muchas voces. Desde un punto de vista práctico y un tanto simplificador, me atrevo a decir que en el diálogo el analista ha de escuchar la voz de lo que podemos llamar el hombre/mujer *esencial* y la voz del hombre/mujer *histórico*. Con el término esencial me refiero al núcleo central psicósomático constituido por la constitución genética y las experiencias emocionales más tempranas, aquellas que jamás podrán ser recordadas ni verbalizadas, sino sólo expresadas en fantasías inconscientes y *enactments*, porque se encuentran escondidas en los circuitos del cerebro prefrontal y límbico del hemisferio cerebral derecho, que madura antes que el izquierdo y que, al recoger estas experiencias emocionales, no puede transmitir las al izquierdo porque el cuerpo calloso no inicia su mielinización hasta los 18 meses de edad (Pally, R., 2003; Schore, A., 2011). A mi entender, el analista debe dialogar con este núcleo esencial con gran respeto, muy consciente de sus limitaciones y las del paciente para la obtención de algunas modestas modificaciones. Esto es lo que ha llevado a decir a los clínicos experimentados, desde siempre, que el “carácter” no se cambia por muchos años de análisis, sino que únicamente se modifica la organización del mismo (Sandler, J. y Sandler, A.M., 1992). Frente a ello, los sentimientos de omnipotencia por parte del terapeuta y la culpabilización del paciente por alguna presunta “resistencia” o falta de colaboración son fatales.

El hombre/mujer histórico es aquel que se ha ido estructurando a través de las múltiples experiencias y vicisitudes que la vida le ha deparado en los diversos contextos socio/culturales en los que ha vivido y sigue viviendo, es decir, los contextos de su historia personal. El ser humano está compuesto de múltiples *selves* que envuelven y esconden el núcleo o corazón central. El hombre/mujer histórico es más asequible, sin duda, más flexible y posee la posibilidad de promocionar los rasgos positivos del ser nuclear y de atenuar los aspectos negativos. Puede aprender nuevas formas de relación, construir esquemas mentales y principios organizadores, inhibir automatismos y simbolizar.

Ahora también sabemos, por la neurobiología y las ciencias de la complejidad, que paciente y analista, en tanto que seres vivos, son sistemas abiertos dinámicos y complejos,

con las propiedades de auto organización, adaptación, creatividad y emergencia de nuevas propiedades. Ambos forman un subsistema diádico complejo que tiende, en virtud de estas propiedades, a llevar a cabo una reorganización emergente que busca adquirir la mayor coherencia y armonización del campo intersubjetivo formado por el encuentro de sus respectivas subjetividades. Y, por tanto, paciente y analista, mediante el diálogo, intentan el reconocimiento recíproco de la subjetividad del otro, con lo cual logran el reconocimiento y un mayor desarrollo de la propia, así como una ampliación de sus horizontes de experiencia.

### **10.2. Algunas orientaciones prácticas para el empleo del TBM.**

En este apartado tendré muy en cuenta, además de mi propia experiencia, las directrices brindadas por Allen, Aron, Fonagy, Bateman, Fosshage, Ávila Espada, Mitchell, etc. Para mayor claridad y ligereza expositiva daré algunas orientaciones en forma esquemática. Pero, al hacerlo, soy consciente del peligro que esto representa de que, ya sea por mi falta de la necesaria habilidad, ya sea por las necesidades del lector, sean vistas como reglas a seguir. Subrayo que no son tal, sino sólo, como reza el título, algunas orientaciones prácticas útiles para mí y que, espero, puedan serlo, también, para otros.

a) Juzgo totalmente imprescindible ofrecer una base de apego seguro al paciente, para que éste pueda pensar, sentir y reflexionar libremente, sin temor, y para que le sea posible internalizar las funciones de cuidado, solicitud y protección del terapeuta. Sin esta base de apego seguro lo único que puede conseguirse es sumisión o rebeldía.

b) En principio, creo que debemos admitir que los TBM exigen un terapeuta más activo, un terapeuta que no puede estar siempre esperando que las asociaciones del paciente le permitan alguna intervención. Ya he hablado de las asociaciones y no es necesario insistir sobre esta cuestión. En el PRSLD esta actitud activa es todavía más imprescindible.

c) Para conseguir que el paciente mentalice, el analista también debe mentalizar, es decir, pensar en sus propios estados mentales y en los del paciente, pero no intentar decodificarlos y traducirlos de inconsciente a consciente como norma.

d) Es muy necesario no situar al paciente frente a explicaciones “saturadas”, es decir, algo ya evidente y sin alternativas. Las intervenciones del terapeuta deben ser propuestas para pensar sobre algo, siempre sin ninguna seguridad, siempre con un espíritu de curiosidad investigadora. En este sentido, Allen, Fonay y Bateman insisten en la importancia de no emplear algún tipo de palabras o expresiones como son, en castellano, “ciertamente”, “con seguridad”, “sin duda”, “evidentemente”, “claramente”, “justamente”, etc. Las interpretaciones, en el sentido clásico de la palabra, no favorecen la mentalización, pero si, además, son dadas con gran seguridad y convicción son totalmente antimentalizadoras.

e) Allen, Fonagy y Bateman aconsejan que si el paciente se centra largamente en sus

propios estados mentales se le induzca a pensar en los de los otros; que si se centra en lo interior se le estimule a pensar en lo externo, y si se centra en lo que él piensa de los otros que lo haga en lo que los otros piensan de él. Es decir, que exista un balance entre él y los otros, y entre el dentro y el afuera.

f) El hecho de compartir con el paciente los pensamientos y sentimientos que el diálogo despierta en el terapeuta, dados a conocer de una manera prudente y mesurada, estimula al paciente a mentalizar acerca del terapeuta.

g) Expresar dudas sobre las propias intervenciones y reconocer errores cuando los haya, por parte del terapeuta, examinando cuidadosamente el por qué de estos errores, ayuda al paciente a reflexionar sobre sus propios juicios y a poner en duda opiniones y pensamientos que, tal vez, han perdurado sin modificación alguna durante años.

h) Cuando el paciente funciona predominantemente con el *modo equivalente* - confusión entre lo que piensa y la realidad- puede ser útil inducirle a fantasear, imaginar, plantearse situaciones supuestas, etc. , para ayudarle a distinguir las representaciones acerca de la realidad de esta misma realidad, es decir, pasar *al modo como – si , o simulado*, para, posteriormente, integrar ambos modos, o sea, mentalizar.

i) Cuando el analista se halla siente perdido, no entiende lo que está ocurriendo, no sabe de qué manera seguir o no comprende lo que expresa el paciente, pedir ayuda directamente a este último es un excelente medio para estimular la mentalización.

j) El analista no debe adentrarse en interpretar lo que el paciente siente y piensa acerca de él en términos de inconsciente, sino más bien preguntarle por qué piensa y siente esto y no otra cosa.

k) Debe tenerse siempre presente que el paciente, de acuerdo con su estado emocional en cada momento, necesita un tipo determinado de respuesta por parte del analista, tanto si es consciente como inconsciente de ello. Encontrar esta respuesta es la llamada “responsividad óptima”. Como afirma Ávila Espada (2005), cuando se le ofrece al paciente la respuesta *específica que* precisa en aquel momento, éste vive una experiencia de seguridad y de plenitud que vigoriza y da coherencia al *self*. Como es lógico, caeríamos en una idealización ingenua y pretenciosa si pensamos que esto es posible en todas y cada una de nuestras intervenciones. La realidad es más bien lo opuesto, aun cuando nos esforcemos, mediante la empatía, para conocer cuáles son, en un momento dado, las necesidades emocionales del paciente, lo más fácil es que no acertemos a las primeras, y sólo humildemente, aprendiendo de nuestros errores, nos iremos acercando a las necesidades del paciente y podremos ir mejorando nuestra responsividad.

l) Por lo que concierne a los afectos del paciente, es preciso tener en cuenta tres aspectos a los que ya me he referido brevemente al citar a Jurist: a) identificación; b) modulación y c) expresión. La Identificación de un afecto consiste en delimitarlo y distinguirlo del resto de los afectos, dándole un nombre si es posible, lo cual permitirá reconocerlo de nuevo y vincularlo a las causas de su aparición. La modulación es regular la

intensidad del afecto en más o menos, así como dotarlo de diversos matices propios de cada situación y de la relación interpersonal en la que aparecen. Para la expresión de los afectos es necesaria su previa identificación. La expresión oscila entre exteriorizarlo para los otros o refrenarlo y guardarlo para uno mismo, de acuerdo con la conveniencia del momento.

m) El interés del “momento presente”. Para Stern (2004), el momento presente es la más pequeña unidad de experiencia intersubjetiva que puede darse cuando las mentes del paciente y el terapeuta entran en contacto. Pongo un ejemplo por mi cuenta. P. *Tengo la impresión de que en la última sesión vd. no me comprendió. A. Me pregunto por qué ocurrió esto.* Pienso que, a partir de este intercambio verbal, se iniciará otro momento presente.

La definición más precisa que he hallado en el volumen que Stern dedica a este tema es, a mi juicio: *El momento presente es la experiencia vivida de lo que ocurre en una corta extensión de consciencia* (p. 32)<sup>6</sup>. Stern otorga a la exploración de este momento una gran importancia. Por regla general, dice, la exploración en el análisis más habitual se dirige a la red de asociaciones que siguen al momento presente y éste queda sin explorar debidamente, ya que una cosa es examinar el momento presente y otra las asociaciones que de él se derivan. Siguiendo, pues, las ideas de Stern, el examen del momento presente es la descripción detallada de la experiencia intersubjetiva, tal como es vivida en este instante, y cuya duración no puede precisarse.

Dado que las asociaciones no favorecen la mentalización y que, además, el seguir su pista exige una amplia disponibilidad de tiempo, pienso que si contamos sólo con una sesión semanal es más productivo centrarnos en el examen de cada pequeña unidad de experiencia intersubjetiva. Para el examen del momento presente no es necesario recordar el pasado, puesto que éste se encuentra todavía en el momento presente y, por otra parte, sabemos que todo presente se halla preñado de futuro. En palabras de Stern “El momento presente ...revela un mundo en un grano de arena” (p.138)-

n) Prestar especial atención a los “pensamientos patológicos. Los pensamientos patológicos (Weiss, J., 1990), son pensamientos erróneos, acerca de la realidad y acerca de uno mismo. Estos pensamientos pueden ser inconscientes, pero en los pacientes suelen existir también pensamientos patológicos plenamente conscientes que pueden pasarnos desapercibidos si el analista se halla excesivamente concentrado en la búsqueda de aquello que es inconsciente. Sean conscientes o inconscientes, estos pensamientos se han formado, generalmente, en la infancia a causa de relaciones conflictivas o, simplemente, o inadecuadas, como por ejemplo, comportamiento sobre protector por parte de los padres. Pero también es posible que se hayan formado en la adolescencia e, incluso, en la edad madura, secundariamente a situaciones conflictivas provocadas por otras perturbaciones emocionales más primarias. Los pensamientos patológicos dan lugar a graves desadaptaciones en la vida del paciente, y, por otra parte, en muchas ocasiones es relativamente factible esclarecerlos y diluirlos si el terapeuta ser percatada de ellos, cosa a

veces difícil porque el paciente los tiene como algo natural.

o) Tal vez todas estas indicaciones pueden concentrarse en una sola: intentar crear en la mente del paciente un “pensador” que someta a escrutinio y examen sus propios pensamientos y sentimientos como si se tratara de objetos de estudio. Esto le permitirá diferenciar sus pensamientos, sentimientos, juicios, conclusiones, etc., de la realidad, relativizarlos, plantearse alternativas y comprender que los otros pueden pensar y sentir de maneras muy distintas. También le posibilitará llegar hasta los orígenes de sus estados mentales y vincularlos con las causas que los producen. Pero también es importante que este “pensador” fantasee, imagine, programe, y que examine estos contenidos mentales

## 11. La mentalización como consciencia reflexiva

Damasio (1999) y otros neurofisiólogos como él, distinguen entre una consciencia “nuclear” o primaria y una consciencia extendida o de alto orden. La primera se refiere a un bajo nivel de consciencia limitado a las percepciones sensoriales y somatosensoriales, y la segunda a una consciencia reflexiva que abarca una amplia perspectiva de pasado, presente y futuro, diferenciación entre el propio *self* y los otros, distintos estados del *self*, etc. Fosshage (2011) propone el término *consciencia reflexiva* para este grado de consciencia que puede incrementar su amplitud en el curso del proceso terapéutico. Allen, Fonagy y Bateman (2008) emplean con frecuencia el término *función reflexiva* como equivalente de la mentalización, pero yo me inclino, para una mejor delimitación, a referirme a consciencia reflexiva, de acuerdo con el sentido de Fosshage, para designar aquella actividad de la mentalización que, en profunda relación con la “atención plena” (Wallin, D. 2007), se dirige voluntariamente a ir más allá de la simple aprehensión de los pensamientos y sentimientos presentes, para investigar en lo que pueden ser las raíces primarias y más profundas de tales pensamientos y sentimientos hasta, si es posible, alcanzar el punto de unión entre los procesos psíquicos implícitos y los explícitos, el punto álgido donde lo implícito se transforma, fenomenológicamente, en explícito. Este punto básico de vinculación entre lo implícito y lo explícito se encuentra en las más profundas raíces del pensamiento y los sentimientos. Hoy sabemos por la neurobiología, que todo pensamiento y sentimiento comienza en las experiencias somatosensoriales, y, a partir de aquí, unas experiencias siguen el camino de lo implícito y otras de lo explícito. (Damasio, A., 2010). Desde la perspectiva psicósomática se ofrece la perspectiva de que unas experiencias somatosensoriales siguen la vía de los procesos psíquicos y otras la de la somatización (Marty, P., 1980).

Durante mucho tiempo se ha considerado, especialmente debido a la influencia del *Boston Change process Study Group* (BCPSG), que los procesos psíquicos implícitos, pertenecientes al inconsciente no reprimido basado en la memoria implícita, no podían hacerse, de ninguna manera, explícitos y conscientes, puesto que no hay represión que vencer. Esto puede verse muy bien en el primero de los cinco trabajos de este grupo dedicados a estudiar la acción terapéutica del psicoanálisis a través de la modificación del inconsciente de procedimiento y, especialmente, del “conocimiento relacional implícito”

(1989). En este trabajo, los AA. presentan dos vías terapéuticas para la obtención del cambio psíquico: aquella que se basa en la interpretación y el *insight* de los procesos psíquicos pertenecientes a la memoria explícita, por un lado, y la fundamentada en los cambios del conocimiento relacional implícito, perteneciente al inconsciente de procedimiento, por otro. Y afirman, taxativamente, que ambas vías se encuentran totalmente separadas y sin posibilidades de conexión. Pero en los sucesivos trabajos (2002, 2005, 2007 y 2008) se observa una progresiva flexibilización de esta actitud. Y en el último de ellos, como puede observarse en el mismo título, *Forms of relational meaning: Issues in the relations between the implicit and the reflective – verbal domains*, se acepta, claramente, una relación entre los procesos psíquicos implícitos y los explícitos, que en este trabajo reciben el nombre de *reflexivo-verbales*. Un párrafo de este trabajo será suficientemente demostrativo:

“Para hacer el diálogo más constructivo entre clínicos y teóricos es necesario delinear lo más claramente posible las diferencias, similitudes, conexiones y fronteras entre las dos dimensiones. Dicho de otra manera, nosotros deseamos examinar si las dos dimensiones han de ser vistas como separadas, entretajadas, originadas la una de la otra o incluso fusionadas. Como se verá, nosotros contrastamos entre implícito y reflexivo verbal más bien que con explícito, porque la primera de estas dos expresiones se halla más cerca de lo que los clínicos significan cuando emplean el término explícito (p. 125-126; la traducción es mía).

Mi propuesta es, pues, que existen tres vías terapéuticas desde la perspectiva del psicoanálisis relacional: a) la exploración de los pensamientos y sentimientos a través del diálogo ;b) el cambio en el conocimiento relacional implícito mediante la construcción del “conocimiento relacional compartido”, provocado por la experiencia relacional y c) la función de la mentalización que, de acuerdo con Fosshage denomino *consciencia reflexiva*, gracias a la cual lo implícito puede, en gran parte aunque no en su totalidad, hacerse explícito Este modelo de trabajo convierte en innecesario el método de las interpretaciones en el cual el analista, como supuesto conocedor objetivo de la mente del paciente, explica a este último lo que él ignora de su mente En el modelo que yo propongo las interpretaciones del analista quedan substituidas por la comprensión de los procesos psíquicos implícitos mediante la profundización de la consciencia reflexiva a través de un diálogo que conduce, finalmente, a conclusiones o interpretaciones que pertenecen, por igual, a paciente y analista. En el momento actual estoy plenamente convencido de que toda interpretación que parta únicamente del analista tan sólo resulta en rechazo, sugestión o sumisión.

## 12. Dos ejemplos clínicos<sup>7</sup>

### 12.1. *Mi posición respecto a la ilustración de trabajos con material clínico*

Antes que nada, deseo precisar mi posición respecto al material clínico en los trabajos



psicoanalíticos. En mi opinión, el material clínico pone de relieve el estilo de relación que establece y las teorías por las que se guía el analista, así como su forma personal de escribir y presentar el trabajo, pero no demuestra, de ninguna manera, la bondad de tales teorías, ni de la praxis que de ellas se deriva. Sabemos, sobradamente, que toda experiencia humana es susceptible de múltiples interpretaciones y que los pacientes se adaptan, rápidamente, a lo que ellos captan que son las teorías a partir de las que su analista se relaciona con ellos, y responden a favor o en contra de las mismas, consciente o inconscientemente. Asentado este principio, pienso que siempre es útil que el autor de un trabajo ofrezca alguna ilustración de su personal manera de llevar adelante un tratamiento. Quede, pues, claro, que, con los dos ejemplos que voy a exponer, no pretendo demostrar más que la manera como he tratado de ayudar a dos pacientes de las que hablaré a continuación.

### 12.2. *La muchacha que oía voces del demonio*

El caso clínico que presento a continuación es uno de los que más impacto han tenido en la evolución de mi personalidad y de mi pensamiento psicoanalítico. He aprendido de los libros y los supervisores, pero mucho más de los pacientes, a los que me siento muy agradecido. La paciente de la que hablaré a continuación se encuentra en la primera fila de estos agradecimientos.

Hace ya muchos, muchísimos años, cuando yo era un joven analista de la SEP, y compaginaba la práctica de la terapéutica psicoanalítica con la dura psiquiatría hospitalaria, recibí la visita del padre de la paciente de la que me ocuparé y a la que llamaré Nunila. El padre, un médico, me explicó que el mayor de sus hijos había sido diagnosticado de esquizofrenia paranoide a la edad de 19 años. Había sido ingresado en un centro psiquiátrico y sometido a terapia electroconvulsiva y farmacológica. Después de sufrir algunos episodios agudos, en aquel momento llevaba una vida muy empobrecida, aunque trataba de reanudar, de momento sin éxito, sus antiguos estudios.

Hacia cosa de medio año, según refirió el padre, Nunila presentó un episodio, psicótico de carácter delirante alucinatorio en que se mostraba con un grado notable de agitación y ansiedad, quejándose de que oía voces del demonio que le decían que debía borrar unas “huellas” que se encontraban en la calle y que eran las marcas del propio demonio. Empujada por estas voces, decía que tenía que salir a la calle para hacer lo que le mandaba el demonio, y los familiares mantenían por la noche la puerta del domicilio cerrada con llave por temor a que saliera a cumplir este propósito. El psiquiatra que la visitó hizo un diagnóstico de brote esquizofrénico agudo. Fue tratada farmacológicamente, en su propio domicilio, y la agitación y las alucinaciones cedieron después de unos dos meses, de manera que Nunila reanudo su vida normal en apariencia, pero insistía en que había oído las voces y persistían las ideas acerca de algo que había incumplido y tenía que cumplir y que no sabía explicarse. Al iniciarse el episodio acababa de finalizar la enseñanza media de aquel entonces y, por tanto, se hallaba en condiciones de poder

ingresar en la universidad. Alguien aconsejó a los padres un tratamiento con un “psiquiatra de estos que hablan para curar” a fin de evitar recaídas, y este era el motivo de la consulta. Indiqué al padre que, aun cuando yo también era psiquiatra, no ejercería con su hija como tal, sino sólo como psicoterapeuta, y que debían continuar en contacto con el psiquiatra que la había medicado, para cualquier emergencia. Nunca conocí a la madre. Después del día en el que el padre acompañó a Nunila al consultorio, sólo en otra ocasión volví a verle después. Vino para consultarme algo referente al tratamiento de su hijo. Esta ausencia de contacto no fue mi decisión, sino que, simplemente, los padres, una vez iniciado el tratamiento con Nunila, jamás manifestaron deseos de verme de nuevo. Parecía que la habían dejado por completo en mis manos, tal vez absorbidos por la preocupación que les ocasionaba el otro hijo enfermo. De todas maneras, en aquel entonces, esta ausencia de cualquier trato con los familiares, tanto en los análisis de niños como en los de adolescentes, era algo que los docentes recomendaban encarecidamente.

En el momento de la primera entrevista, Nunila contaba 18 años. No se la veía agitada. Me preguntó si estaba loca porque había oído las voces del demonio, todos se lo decían, y yo le respondí que yo no dividía a las personas en locas y no locas, y que lo que me interesaba era escuchar su propia voz y que, si acaso, de las voces del demonio ya nos ocuparíamos más adelante. Entonces, me contó que, desde hacía algunos meses, se sentía interiormente muy inquieta, con la impresión de que algo había ocurrido dentro de ella, que tal vez el demonio se había apoderado de ella y le mandaba “borrar unas huellas” para evitar que ocurriera algo que no sabía lo que era. También se sentía mala y culpable por “no hacer lo que tenía que haber hecho”, “no haber obedecido la voz de su consciencia”, sin que supiera qué era esto que tenía que haber hecho ni lo que le mandaba la voz de su consciencia. Desarrolló esta narración de una manera clara, coherente en sí misma e inteligible, con naturalidad. Me contó que ya no oía las voces, pero las recordaba perfectamente, aunque ahora dudaba de si eran “cosa suya”. Persistía su inquietud interna y la sensación vaga e indefinida de que “no había hecho lo que tenía que hacer”, y esto la atormentaba. Quedaba claro, para mí, que el pensamiento de Nunila había tomado una forma de síndrome obsesivo, cosa que, como psiquiatra, había visto en muchos pacientes después de remitido el brote psicótico agudo. Para mí la esquizofrenia era, y sigue siendo, una psicosis autista<sup>8</sup> y disociativa. El paciente esquizofrénico se hunde en su propio mundo, desconectándose de la realidad, en mayor o menor medida según la gravedad del caso. Por tanto, quedaba claro para mí que las respuestas que yo debía ofrecer a Nunila eran aquellas que mejor pudieran ayudarle a restablecer la conexión con la realidad y salir del pozo de su mundo autístico, poblado de demonios, huellas y amenazas.

Nunila había finalizado el curso académico y dudaba sobre qué camino tomar después del verano. Le pregunté si deseaba que continuáramos viéndonos y le aconsejé una frecuencia de dos veces por semana. Ella aceptó seguir viéndonos, pero dijo que con una vez por semana le parecía suficiente. Acepté su deseo, de acuerdo con mi costumbre. Después de dos entrevistas, me confirme en mi opinión de que Nunila se estaba

defendiendo con un síndrome obsesivo para no caer de nuevo en el episodio alucinatorio y delirante, es decir, en la desorganización psicótica. Casi no hace falta aclarar que, en aquellos momentos de mi vida profesional, faltaban todavía muchos años para que se iniciara lo que ahora denominamos psicoanálisis relacional y que los trabajos de Ferenczi, Fairbairn y Bowlby, etc., eran poco apreciados en los Institutos de psicoanálisis integrados dentro de la IPA. Sin embargo, pese a mi formación totalmente clásica/kleiniana, mi interés personal se dirigía ya, sin vacilar, hacia la relación paciente/terapeuta, que era lo que, en verdad, me había dirigido al psicoanálisis.

Iniciadas las entrevistas regulares, Nunila se mostró perseverante en acudir a las sesiones semanales, aunque dudaba de que le sirviera de ayuda para sus dudas y “manías”. Estas se referían, en su mayor parte, a su temor a que con sus “malos” pensamientos podía hacer daño a las personas; por ejemplo, cuando una amiga suya abortó, ella rápidamente se culpabilizó de haber deseado que se produjera este aborto. Durante varios meses, su conversación se centró en sus manías y pensamientos obsesivos, así como acerca de sus dudas y temores en cuanto a sus posibilidades de seguir una carrera universitaria, como era su deseo. Se inició el nuevo curso académico sin que hubiera podido tomar ninguna decisión. Durante este tiempo yo escuchaba e intervenía sólo para ayudarla a poner en orden sus pensamientos cuando ella se sentía perdida en sus complejas y obsesivas divagaciones. Después de meses sin ninguna modificación en el clima de las sesiones, un día interrumpió su relato y me preguntó, extrañada, si no me cansaba de escucharla. Entonces le pedí que pensara el motivo por el que temía que yo me cansaría de escucharla. Nunila respondió que no sabía que pensar, a lo cual contesté que tal vez juntos podríamos reflexionar sobre ello. A partir de este momento, y lentamente, el estilo de la conversación cambió, y fueron apareciendo sentimientos y pensamientos acerca del ambiente de su ordenado, apacible, siempre previsible, frío y angustiado ambiente familiar. Un padre absorto en su trabajo y sus aficiones intelectuales, y una madre distante, preocupada por su arreglo personal, y ambos, a la vez, concentrando su atención en el mayor de los hijos, diagnosticado de esquizofrenia. Todo ello es lo que había llevado a Nunila a pensar que yo tampoco estaría muy dispuesto a escucharla. Después de un largo tiempo en el que estuvimos centrados en este tema alrededor de sus dudas en aceptar si, verdaderamente, yo estaba siempre dispuesto a escucharla, Nunila comenzó a interesarse vivamente por mí, especialmente sobre qué pensaba de ella y durante cuánto tiempo estaría dispuesto a seguir tratándola, si siempre que lo necesitara, o si había una limitación en el tiempo, etc. Yo sentía que estas preguntas eran una expresión de la motivación que ahora llamaría de apego, la necesidad de tener una base de apego seguro a través de mis respuestas, sin que yo entonces manejara estos conceptos y estas teorías. Pero viéndolo ahora, a la distancia, creo que yo tenía una intuición de esta necesidad de la paciente, posiblemente por mis propias experiencias personales, porque era algo muy distinto de las enseñanzas teóricas y prácticas que había recibido. Nunila necesitaba esta disponibilidad emocional por mi parte, para llenar el vacío que había dejado en ella el ambiente frío y falto de comunicación que había vivido durante su infancia y primera adolescencia. En vista de esto, yo respondía siempre intentando comprender cuál era la

respuesta que ella, emocionalmente, necesitaba en cada momento, y, desde luego, hacía esto sin atender a ninguna regla analítica. Me hacía, también, Nunila preguntas acerca de si yo estaba casado, si tenía hijos, etc. Yo sentía que ella también precisaba entrar en mi vida, conocerme como una persona y, de esta manera establecer una conexión más fuerte con la realidad del mundo humano a través de mi realidad, como una manera de escapar de su mundo autístico. Con frecuencia, me preguntaba, si sólo era ella la que deseaba saber de mí, o si yo también deseaba saber de ella. Ahora puedo dar un nombre a esta situación diciendo que los dos estábamos intentando crear una intersubjetividad en la que cada uno de nosotros trataba de reconocer al otro como sujeto y, a la vez, obtener el propio reconocimiento a través el otro. La posibilidad de que yo muriera era un tema que la preocupaba con frecuencia y cuya comprensión se nos hacía oscura.

Pienso que, después de unos dos años de tratamiento aproximadamente, Nunila se sintió segura en cuanto a mi constancia y regularidad para escucharla y atenderla -ahora diría que sintió mi disponibilidad como una base de apego seguro - y decidió matricularse para iniciar una carrera universitaria, puesto que los pensamientos obsesivos y las manías habían declinado en intensidad. En estos momentos, comenzó a hablarme acerca de la sexualidad, tema completamente silenciado en su colegio y en el seno de su familia. Me hizo algunas preguntas, de tipo más bien infantil e ingenuo acerca de la sexualidad, que yo respondí tan pedagógicamente como supe. No sabía muy bien que era la masturbación, y cuando se lo expliqué me respondió que lo había hecho varias veces con grandes sentimientos de culpa. Le parecía imposible que sus padres, tan fríos y distantes con ella, y siempre preocupados por el hermano enfermo, tuvieran sexualidad.

Durante los primeros años de su ingreso en la universidad, que ella vivió con temor, grandes dudas en cuanto a su capacidad para el estudio y, aún más, para integrarse con los compañeros, sentí que su necesidad emocional más importante era la de que yo fuera por delante de ella, que le transmitiera que, en mi mente, estaba una imagen de ella capaz de estudiar, y en disposición de relacionarse y entablar amistades con los otros universitarios. En otras palabras, que hiciera como los buenos padres, que ven a sus hijos en el próximo estado de desarrollo, que todavía no han alcanzado, pero que ya se anuncia como futuro cercano. En ocasiones, Nunila se extrañaba de esta actitud mía y decía, claramente, que yo la veía de una manera distinta a como se sentía ella, pero yo percibía que en el tono de sus palabras había un deje de esperanza, como trasluciendo la posibilidad de que, tal vez, yo no me equivocaba y que mi percepción de ella era la más certera. En realidad, el transcurrir de su vida iba dándome la razón, y Nunila lo admitió en varias ocasiones. Otro tema que pensé debía centrar nuestro interés en el diálogo era el de sus pensamientos obsesivos y dudas que, aun disminuidos, tanto la atormentaban. Llegamos, como de común acuerdo, a la conclusión de que, pese a nuestros esfuerzos, cada uno a su manera, estos pensamientos continuaban presentándose, pero que podía aprender a convivir con ellos, sintiendo que estaban en su mente, pero que eran sólo una parte de ella y que podía tratar de ir creando para sí misma una identidad no centrada alrededor de los mismos, sino en torno a otros rasgos y sentimientos que también le pertenecían. Tuve la

intuición de que la respuesta que Nunila precisaba era la de que yo fuera transmitiéndole mi reconocimiento de ella como alguien cuya personalidad global no venía determinada por los pensamientos que la atormentaban, sino como un ser humano que iba dando forma a una nueva identidad, muy marcada por su perseverancia en el esfuerzo y por la aparición de nuevos matices e intereses, como, por ejemplo, su afición por cierto deporte, su avance en su carrera universitaria y su interés en cuidar y preocuparse por su hermano enfermo y desplegar, en el seno de la familia, un papel de mayor protagonismo en las decisiones que podían tomarse con relación a él. Tal vez ello tuvo como resultado que, a finales del último año de universidad, aceptó iniciar relaciones con un muchacho algo mayor que ella, no de su misma universidad, desmintiendo, así, la imagen que de ella se había formado como la de una muchacha que nunca sería capaz de interesar a ningún hombre ni de interesarse por él.

Unos siete u ocho años después de iniciado el tratamiento, Nunila contrajo matrimonio con el joven con quien había mantenido relaciones desde el final de la universidad. Nunca me habló de ningún otro chico. Ella no había sido capaz de encontrar trabajo y, durante los primeros años del matrimonio, dejó de preocuparse de ello y se mantuvo dedicada por completo al cuidado del hogar y de los hijos a los que dio luz. Todos ellos han tenido una evolución que podemos calificar de sana y sin grandes problemas.

Durante todo este tiempo habían persistido sus temores y preguntas acerca de qué ocurriría si yo muriera, y esta situación persistió durante largo tiempo. Yo, por mi parte, insistía en que pensáramos en ello –es decir, intentaba que nos adentráramos en lo que ahora entiendo como pensar en los pensamientos y mentalizar la afectividad. Dialogando acerca de esta cuestión, nos fuimos acercando a la idea de que detrás del temor a que yo muriera, había un temor a sí misma, un temor a que sus pensamientos y sentimientos tuvieran un carácter maligno, una malignidad que había enfermado al hermano, provocado el aborto de la amiga y dado lugar a la actitud que ella siempre había vivido como fría y distante de sus padres. Una malignidad, nos cuestionamos los dos, que tal vez había tomado la forma del demonio en su mente, un demonio que la amenazaba y que le ordenaba borrar las huellas de su maldad.

Nunila había sido durante su enseñanza media, en un colegio regentado por monjas, una alumna perfecta, según describió ella misma. Además de obtener muy buenas calificaciones se la destacaba por su comportamiento, serio, estudioso y disciplinado, y ella se esforzaba, me explicó, por conservar esta imagen. Pero el diálogo, basado en lo que ahora llamaría la mentalización y la consciencia reflexiva, nos llevó a descubrir la amargura y la soledad con la que vivía en el hogar, y los sentimientos de agresividad y rabia hacia unos padres que sentía fríos y distantes y hacia el hermano enfermo que acaparaba la atención y los cuidados que aquellos eran capaces de ofrecer. Creo que ambos, Nunila y yo pudimos comprender que ella había apartado de su consciencia estos sentimientos que no respondían a la imagen de muchacha perfecta con la que se protegía de su tristeza, inseguridad y su rabia interior. Dicho en lenguaje psicoanalítico, había disociado, defensivamente, las experiencias inconciliables con la imagen con la que trataba de

mantener su equilibrio interior. Y estas experiencias habían tomado la forma de un demonio torturador, representante de sus maldad, y cuyas “huellas “ella intentaba, desesperadamente, borrar.

El brote psicótico que la llevo a mi consultorio jamás se repitió, ni tampoco observé yo indicios de peligro de ello. Durante el curso de los años, la relación entre Nunila y yo fue tomando, cada vez con más claridad, el carácter de un diálogo más igualitario y democrático, en el cual las diferencias entre paciente y terapeuta se van difuminando y se debate y se opina muy de igual a igual. Intentando recordar, no creo que nunca llegara a formular una interpretación en el sentido estricto de la palabra durante este largo tratamiento. Los pensamientos obsesivos, dudas y manías nunca desaparecieron por completo, hablábamos de ellos como de viejo conocidos y llegamos a encontrar conjuntamente una explicación que sintetizo brevemente. Nunila era muy proclive a guardar todo: ropa que ya no usaba, utensilios de menaje doméstico ya substituidos por otros, apuntes de su edad escolar o de la universidad que sabía perfectamente que nunca consultaría, papeles viejos, etc., “por si algún día lo necesitaba”. Pues bien, la explicación hallada fue la de que Nunila mantenía en su mente el síndrome obsesivo “por si algún día lo necesitaba”, es decir, para protegerse de la psicosis, cosa a la que ya antes he hecho referencia. A Nunila esta aclaración, a la que llegamos a través de vincular su necesidad de guardarlo todo con los síntomas obsesivos que guardaba en su mente, como en un armario, le pareció convincente y, cada vez más, podía pasar largo tiempo sin que aparecieran, como algo que “estaba ahí”, como a su disposición, sin que interfiriera en el despliegue de su vida. Entre unas y otras cosas Nunila había ya llegado a la edad adulta, sus hijos ya habían entrado en la adolescencia y ella había comenzado a trabajar en una plaza interina en la función pública. Planteé a Nunila la terminación. Su respuesta fue la de que no había ninguna garantía de que el demonio no se presentara de nuevo, mientras que venir un día a la semana no representaba ningún gran esfuerzo para ella y pidió continuar, a lo cual no me opuse.

Aquí siento necesario intercalar una pequeña digresión. Si yo hubiera sido sólo un analista, sin experiencia psiquiátrica, probablemente hubiera insistido en la necesidad de dar por terminado un ya tan largo tratamiento, aunque, al decir esto, debe tenerse en cuenta que, dentro del análisis clásico, son frecuentísimos, los tratamientos de doce y catorce años, y a veces más, a razón de cuatro o cinco sesiones por semana. Pero no insistí en mi planeamiento porqu, en mis largos años de experiencia en psiquiatría dura hospitalaria, había visto muchos pacientes que, después de la remisión de un episodio esquizofrénico, se mantenían en un equilibrio psíquico precario, muchos de ellos presentando un síndrome obsesivo, y en los que una pequeña modificación en la rutina de sus vidas, como un ligero cambio en la medicación, por ejemplo, desencadenaba de nuevo un episodio psicótico. Tuve en cuenta, además, que Nunila siempre fue una persona solitaria, nunca tuvo amigas con quien hablar confiadamente. El matrimonio funcionaba correctamente pero, por lo que yo entendía, con una comunicación más bien escasa entre los esposos. La única persona con quien compartía toda su vida era yo, su analista. De

ninguna manera podía forzarla a una terminación que ella temía. Seguimos hasta bien mediada ya la edad adulta. Durante este tiempo le fue diagnosticado un cáncer de mama del cual fue intervenida quirúrgicamente y que ha superado felizmente. Nunila afronto, con la naturales ansiedades, pero con entereza, este trance. También, durante este período final, ganó por oposición la plaza que ocupaba interinamente y, posteriormente, alcanzó un nivel de mayor cualificación técnica.

En estos momentos Nunila, aquella chica al borde de la esquizofrenia a la que atendí por vez primera cuando contaba 18 años es ya abuela y sigue trabajando satisfactoriamente. Acude al consultorio, algunas veces, para hablarme de cómo le van las cosas. Dice que, después de un tan largo tratamiento sería absurdo no verme más, digan lo que digan las reglas del análisis. Y en esto estoy de acuerdo. Hemos envejecido juntos. Nunila tiene cierto mal genio, y, a veces, está muy irritada con sus subalternas, dice que son unas brujas. Y yo le respondo que, tal vez, tiene que elegir entre enfrentarse con unas brujas o con el demonio, y los dos nos reímos.

### **Una breve reflexión**

Espero que el lector recuerde lo dicho en apartado VIII al referirme a la *vis medicatrix naturae*, la fuerza curativa de la naturaleza, porque creo que el proceso de Nunila es el más vivo ejemplo que pueda darse de una actitud terapéutica al servicio de esta fuerza curativa para no interferir con ella y, por el contrario, potenciarla al máximo. Ahora, con la distancia de los años, reflexionando acerca de todo el proceso me doy cuenta, en un *àpres coup*, que dirían los franceses, que cuando me hice cargo de Nunila, con toda mi inexperiencia y toda mi ignorancia de los principios de lo que ahora llamamos psicoanálisis relacional, obré intuitivamente al margen por completo de todo el caudal de formación kleiniana, teórica y técnica, que estaba recibiendo y de la que, yo mismo, fui, posteriormente, un representante en publicaciones y docencia durante cierto tiempo. Y esta intuición, seguramente resultado de la vinculación de mis propios núcleos traumáticos infantiles - basados en situaciones externas- con los de Nunila, me llevó a entender inconscientemente estos últimos y a poder desarrollar la *responsividad específica* que ella precisaba para escapar de su mundo psicótico, volver al mundo de la realidad y desarrollar su personalidad en él; y para ello me apoyé, muy modestamente, en esta tendencia de la naturaleza a alcanzar la curación, la *restitutio ad integrum* de los antiguos. Con el paso de los años, mediante la experiencia clínica y el estudio, fui haciéndome más consciente del estilo de relación y comprensión de la influencia mutua que me permitía ayudar a Nunila y, progresivamente, esta forma de ayuda se convirtió, para mí, en el psicoanálisis relacional, basado en el ofrecimiento al paciente de una base de apego seguro, el intercambio intersubjetivo y el diálogo igualitario, alejado de la hermenéutica de la sospecha y fundamentado en la hermenéutica de la confianza.

### **12.3. La paciente que quería ser amada por su padre**

No hace muchos años, una mujer a quien llamaremos Alodia, acudió a mí al verse

incapaz de solucionar una penosa situación con un compañero de trabajo. Hacía ya cosa de un par de años el compañero, al que siempre había tenido en gran estima, comenzó a solicitarla sexualmente con tan gran asiduidad que, finalmente, y sin saber bien porqué, al final cedió. Desde entonces este hombre, cuando tenía ocasión, comenzaba a acariciarla hasta lograr excitarla, aunque ella se resistía de palabra, pero, al final, siempre acababa cediendo. No sabía de qué manera salir de esta situación. Lo incomprensible, dijo la misma Alodia, es que ella amaba muchísimo a su marido, un hombre al que consideraba muy integro, dulce y bueno, y con quien las relaciones sexuales eran satisfactorias, y, sin embargo, le estaba traicionando sin saber de qué manera dejar de hacerlo, pese a que se lo proponía constantemente. Uno de los argumentos que empleaba el compañero para lograr que cediera a sus demandas era la de que realizar el acto sexual es una cosa puramente física, sin ninguna importancia. Ella sabía que esto era una mentira, pero cuando él insistía y la acariciaba, y “se le echaba encima”, según sus palabras, ella no sabía resistirse y cedía, y, en gran parte, dijo, porque le daba lástima rechazarlo. Repetía que no entendía como podía estar ocurriendo esto. Mi impresión, mientras escuchaba esta narración, era la de que Alodia suavizaba la situación, seguramente para disculpar al compañero, pero su ansiedad y su demanda bien angustiada de que la ayudara a salir de esta relación me hacían sentir que se trataba de un verdadero abuso sexual.

Alodia insistía en que ella quería mucho a este hombre en tanto que compañero de trabajo durante muchos años. Siempre había sentido que él la necesitaba en muchos aspectos y ella le había ayudado mucho en todo lo que podía y experimentaba una satisfacción en ello. No comprendía como se había podido llegar a esta situación. Aún ahora, pese a todo, continuaba teniéndole en gran estima y deseaba poder mantener una buena amistad, pero sin que ocurriera esto. También repetía que ella quería rechazarle, pero que cuando él se le echaba prácticamente encima ella, al final, también se excitaba y acababa cediendo.

Los sentimientos que durante aquella primera entrevista se despertaron en mi fueron en primer lugar, como ya he dicho, que lo que narraba Alodia podía considerarse un verdadero abuso sexual. Y, en segundo lugar, que lo que ella me pedía urgentemente, era que la ayudara a interrumpir este tipo de abuso. Por tanto, sentí que la respuesta específica a su necesidad emocional en aquel momento debía ir en este sentido. Mi intuición fue la de que obrar con cautela y neutralidad analítica, un algo así como que yo me ofreciera para iniciar un tratamiento analítico para que fuera comprendiendo el sentido de lo que estaba ocurriendo y procediera de acuerdo con esta comprensión, sería algo muy alejado de lo que ella me estaba pidiendo. Sería imponer mi autoridad por encima de su demanda que era muy concreta. Una vez atendida esta demanda, ella podría decidir si le interesaba seguir un tratamiento analítico, como así fue, para entender mejor lo que había sucedido y atender a aquellos aspectos de su personalidad que deseaba modificar.

De acuerdo con estos sentimientos y, contrariamente a mi costumbre, la cité para el día siguiente, y Alodia, aunque le era un poco difícil, lo aceptó. Hice esto porque, después de una muy larga entrevista, el tiempo disponible se había agotado y no quería hablar con



prisas. Peo tampoco quise esperar más días porque comprendí que esta mujer estaba en una situación desesperada, víctima de un abuso sexual, y que, de la misma manera que si yo viera en la calle que una mujer sufría un ataque de este tipo correría a auxiliarla inmediatamente, sin tomarme tiempo para reflexionar, lo mismo debía hacer con Alodia. En este caso, rechacé por completo la antigua regla de que el analista no ha de desear que el paciente haga esto o aquello y sólo ha de analizar. Alodia me pidió auxilio para librarse de este asalto y yo *deseé* darle todo el auxilio que me fuera posible para que lo lograra.

El siguiente día la sesión se basó, en síntesis, en pedirle directamente que, juntos, pensáramos en esta situación con su compañero de trabajo; que pensara en sus pensamientos y en sus sentimientos, y en lo que él pensaba y sentía acerca de ella. Y, así mismo, que pensara lo que ella estaba pensando y sintiendo cuando se presentaba esta situación, y que pensara lo que debía estar pensando y sintiendo él cuando insistía con sus caricias para convencerla. El resultado fue mejor de lo que esperaba. Con la demanda que le planteé de que pensara en los pensamientos y llevara a cabo la mentalización afectiva, pareció que se había abierto la compuerta de un pantano a punto de reventar. Alodia era una mujer de elevada inteligencia y gran cultura y entendió perfectamente de que se trataba. Al término de una larga sesión, se había hecho consciente para ella que: ya antes de iniciadas estas relaciones sexuales se comportaba de una manera excesivamente sumisa y servicial con el explotador, realizando tareas que le correspondían a él; que para ella era muy importante comprobar que el explotador se sentía atraído por ella; que por debajo de sus protestas y rechazo latía un deseo que intentaba no percibir; que, hasta cierto punto, aceptaba las razones del explotador en el sentido de que no importaba mantener relaciones sexuales en cuanto a la fidelidad matrimonial, ya que era una cosa puramente física; que en las relaciones con su marido, siempre muy buenas y armoniosas, faltaba algo, no sabía qué, que encontraba en la explotación de que era víctima; y que todas estas razones no impedían que se sintiera tremendamente culpable y con la impresión de que estaba destrozando su vida. Alodia lloró y me dijo que tenía, en aquel momento, la seguridad de que estos episodios no volverían a repetirse. Personalmente, yo compartí esta seguridad, y así fue, y esto era ya algo muy importante; se cumplió el primer objetivo de la visita de Alodia, terminar con esta situación. Deseo aclarar que, para mí, todas estas motivaciones, más o menos implícitas o inconscientes de Alodia, no anulaban el hecho de que se trataba de una verdadera explotación sexual. Quedaba la tarea de analizar estas motivaciones y modificar todo lo que pudiera ser modificable.

El tratamiento se realizó con la frecuencia de una sesión semanal, porque Alodia dijo que su economía no le permitía más. Yo me ofrecí a rebajar mis honorarios en lo que fuera preciso para hacer posible una mayor frecuencia. Pero Alodia, con gran firmeza, respondió que ella conocía muy bien los honorarios que me correspondían por mi situación profesional y que no deseaba tener el sentimiento de pasar de ser explotada a explotarme ella a mí. La capacidad para mentalizar y para emplear la consciencia reflexiva, por parte de Alodia, era impresionante. Nuestro diálogo consistía en un ir enlazando recuerdos y

pensamientos unos con otros, y todo lo ocurrido se nos hacía más claro. Uno de los primeros sueños que trajo fue: *Yo iba andando por un camino que cada vez subía más y estaba más lleno de piedras, y llevaba en brazos a un niño que lloraba. De repente, apareció un hombre con una bata blanca y me dijo que volviera para atrás.* Le pregunté que sentía durante el sueño (no soy partidario de asociar con relación al sueño, sino de investigar la experiencia subjetiva durante el sueño) y respondió que una gran ansiedad y desesperación. En el intercambio de ideas que siguió, ambos estuvimos de acuerdo en que ella vino a pedirme auxilio porque sentía que el camino por el que estaba andando por la vida se le hacía cada vez más duro y peligroso, y que en lo más íntimo, nuclear y sensible de ella había un gran sufrimiento, el niño que lloraba, lo cual fue lo que la llevó a venir a mí, el hombre de la bata blanca, el médico que ha de aliviar su dolor, y que le conmina a que no siga por este camino. Posiblemente, como el lector habrá podido observar, yo estuve un tanto directivo en la segunda entrevista, en la que ella decidió no ceder más a la demanda de relaciones sexuales. Y no me arrepiento de ello. No podía permanecer analíticamente “neutral” frente a esta situación de abuso. De la misma manera que si un paciente presenta síntomas preocupantes de alguna enfermedad física que puede ser grave y se resiste a ir al médico, tampoco permanezco neutral y le indico la perentoria necesidad de que tome consciencia de su actitud auto destructiva y acuda al médico.

Seré breve para no alargarme en demasía, y para ello me referiré únicamente a esta cuestión de la explotación sexual. La profundización reflexiva en sus recuerdos, sentimientos y actos llevó a Alodia a ir recordando, extensa y detalladamente, situaciones de su vida que había deseado olvidar. Era la menor, con muchos años de diferencia, entre varios hermanos. Desde muy pequeña tuvo el sentimiento de que era un estorbo en la familia, especialmente para el padre, quien la maltrataba verbalmente. Era un hombre violento y, en muchas ocasiones, le pegaba y trataba con verdadera brutalidad, como, por ejemplo, encerrarla durante dos horas en una pequeña habitación con la luz apagada, lo cual la aterrorizaba. La madre, siempre deprimida, y enferma no la defendía, cosa que hacía que se sintiera a sí misma despreciable. Además, ya en la pubertad le dijo que ella fue fruto de un embarazo no deseado y que había pensado en el aborto. La madre murió cuando Alodia entraba en la adolescencia, y, a partir de entonces, la obligaron a ocuparse de las tareas de la casa. Se le hizo explícito, mediante la consciencia reflexiva de todo aquello que iba recordando y describiendo, que ella deseaba, desesperadamente, que su padre la amara como le parecía que hacía con los otros hermanos/as, especialmente con el hermano que la precedía en varios años y del que se sentía enormemente celosa. Ya en la adolescencia se esforzó, constantemente, en el estudio y el trabajo para superar el sentimiento, que el trato del padre y la falta de protección de la madre había puesto en su mente, de ser alguien sin ningún valor ni posibilidad de ser querida. Cursó estudios universitarios con éxito, y su tesón, a lo largo de los años, la llevó a ocupar una razonable posición dentro de su profesión. El compañero de trabajo le dio la ocasión de hacerse amar y valorar por un hombre, a través de ser muy servicial con él y de hacerse admirar por su inteligencia y formación, al parecer superiores a la de él. Por lo visto, este hombre, de trato más bien rudo y controlador, también se aprovechaba de ella en este sentido- Pero,

gracias a esta situación, Alodia sentía que el hombre –padre la necesitaba a ella, y finalmente, con las relaciones sexuales que él tanto solicitaba, era ella, la hija, la que se hacía imprescindible y la que podía darle lo que él pedía y dominarle de este modo, y este sentimiento era lo que le complacía y le mantenía atada a él. Al mismo tiempo, Alodia y yo llegamos a pensar que, tal vez, el marido no cumplía esta función de padre brutal domado mediante la sexualidad, precisamente por ser un hombre a quien ella sentía extraordinariamente amable y bueno, y, para este fin, precisaba un hombre más parecido al padre.

Naturalmente, quedaban muchas secuelas consecutivas al trauma y al apego inseguro vivido en la infancia, que continuaron elaborándose durante el tratamiento. El material clínico que he presentado corresponde a lo que podemos llamar el primer período del tratamiento, durante el que fueron resolviéndose las ansiedades y las situaciones externas, con lo cual se dieron las condiciones para, con una mayor serenidad y sin la presión del conflicto externo que la llevo a buscar mi ayuda, entráramos en el proceso de alcanzar un mayor crecimiento mental y coherencia y fuerza del *self*. En este ejemplo he deseado mostrar la utilidad del trabajo con la consciencia reflexiva, en unos momentos en los que la paciente sufría gran ansiedad, desorientación y atormentadores sentimientos de culpa.

## REFERENCIAS

- AINSWORTH, M, y col. (1978). *Patterns of Attachment*, Hillsdale, NJ: Erlbaum
- ALLEN, J., FONAGY, P. y BATEMAN, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*, Washington: American Psychiatric Publishing.
- ARON, L. (1996). *The Meeting of Minds*, Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- AVILA ESPADA, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación, *Intersubjetivo*, **7**, (2): 195-220.
- BCPSG (BOSTON CHANG PROCES STUDYH GROUP) (1989). Non interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy, *Int.J. Psychoanal.*, **79**: 519-532.
- BCPSG (2002). Explicating the implicit. The local level and the microprocess of change in the psychoanalytic situation, *Int.J. Psychoanal.*, **83**: 1051-1062.
- BCPSG (2005). The something more than interpretation revisited: Slopiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter, *J.Amer. Assn.*, **53**: 693-729.
- BCPSG (2007). The foundational level of the psychodynamic meaning, *Int.J. Psychoanal.*, **88**: 843-860.
- BCPSG (2008). Forms of relational meaning: Issues in the relation between the implicit and the reflective domains, *Psychoanal. Dial.*, **18**: 125-1

- BENJAMIN, J. (1995). *Like Subjects, Love Objects*, New Haven, C.T., :Yale Univ. Press.
- BENJAMIN, (2012). La intersubjetividad y el tercero, ponencia presentada en la 3ª Reunión anual de IARPP España/II Jornadas de Psicoanálisis Relacional, Sevilla, abril del 2012.
- BLEICHMAR, H. (2010). Reconocimiento temprano de las emociones ajenas por parte de los infantes, revista online *Aperturas Psicoanalíticas*, nº35.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and Loss*, Vol.I.,; The Hogarth Press-Institute of Psychoanalysis.
- BOWLBY, J. (1972). *Separation, Anxiety and Anger*, Vol.II
- BOWLBY, J. (1980). *Loss, Sadness and Depression*, Vol.III.
- BROMBERG, J. (2009). Truth, human relatedness and international relational process”, *Int.J.Psychoanal.*, **90**: 347-361.
- CLYMAN, R. (1991). The procedural organization of emotions: A contribution from cognitive science to the psychoanalytic theory for therapeutic action, *Amer.J.Psychoanal.*, **39**: 349-381.
- CODERCH, J. (1987). *Teoría y Técnica de la psicoterapia Psicoanalítica*, Barcelona: Herder
- CODERCH, J. (2006). *Pluralidad y Diálogo en Psicoanálisis*, Barcelona: Herder.
- CODERCH, J. (2010). *La Práctica de la Psicoterapia Relacional*, Madrid: Ágora Relacional.
- CODERCH, J. (2012a). Realidad, Interacción y Cambio Psíquico. *La práctica de la Psicoterapia Relacional II*, Madrid: Ágora Relacional.
- CODERCH, J. (2012b). Mentalización, identidad y cultura, en revista online *Clínica e Investigación Relacional* (en prensa).
- DAMASIO, A. (1999). *La sensación de lo que ocurre*, Madrid: Ed. Debate, (2001).
- DUCH, L. (2010). *Religió i Comunicació*, Barcelona: Fragmenta Editorial.
- EINSOLD, K. (1998). The splitting of the New York Psychoanalytic Society and the construction of the psychoanalytic authority, *Iny. J. Psychoanal.*, **79**: 871-876.
- ETCHEGOYEN, H. (1986). *Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*, Buenos Aires: Amorrortu
- FONAGY, P. GERGELY, G., JURIST, E., GERGELY, C. y TARGET, M. (2006). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*, Londres: Karnac.
- FONAGY, P. y TARGET, M. (1996a). Playing with reality I: Theory of Mind and the normal development of psychic reality, *Int. J. Psychoanal.*, **77**: 217-233.
- FONAGY, P. y TARGET, M. (1966b). Playing with reality II, *Int.J. Psychoanal.*, **77**: 459-481.
- FONAGY, P. y TARGET, M. (2011). ¿Por qué nos hacemos esto?, revista online *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la Republica Argentina*,
- FOSSHAGE, J. (2011). How do we know what we know? And change what we know? *Psychoanal. Dial.* **21**: 55-74.
- FREUD, S. (1925). *La Negación*, en Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XIX.
- GABBARD, G. y WESTEN, D. (2003). Rethinking the therapeutic action, *Int.J. Psychoanal.* **84**: 823-

841.

- GALATZER-LEVY, R., y COHLER, B. (1993). *The Essential Other*, Nueva York: Basic Books.
- GREENSON, R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, Nueva York: Int. Univ. Press.
- GEERTZ, C. (1973). *La Interpretación de las Culturas*, Barcelona: Gedisa (2006).
- GOLDMAN, A. (2006). *Simulating Minds*, Oxford: Oxford Univ. Press.
- GREENBERG, J. (1995). Self- disclosure: Is it Psychoanalytical?, *Contemp. Psychoanal.*, **31**: 193-205
- GRICE, P. (1975). *Lógica y Conversación*, Madrid: Tecnos, 2000
- GUIMÓN, J. (2007). *Crisis y Porvenir del Psicoanálisis*, Bilbao: Universidad de Deusto.
- HABERMAS, J. (1987). *Teoría de la Acción Comunicativa*, Madrid: Alianza.
- HOBSON, H. (2004). *The Cradle of Thought*, Oxford: Oxford Univ. Press.
- JURIST, E. (2010). Mentalizing Minds. *Psychoanal. Inquiry*, **30**: 289-30
- LANZA-CASTELLI, G. (2011). *La Escritura como Herramienta en la Psicoterapia*, Ed. Psimática: Madrid.
- LOEWALD, H. (1960). On the therapeutic action of psychoanalysis, en *Papers in Psychoanalysis*, New Haven, C.T.: Yale Univ Press., 1980, pp.221-256.
- LOEWALD, H. (1979). Reflections on the psychoanalytic process and its therapeutic potential, en *Papers in Psychoanalysis*, pp. 372-381.
- LYONS-RUTH, K. (2006). The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment, *Psychoanal. Inq.*, **26**: 595-616.
- MARRONE, M. (2001). *La Teoría del Apego*, Madrid: Psimática.
- MARTY, P. (1980). *L'Ordre Psychosomatique*, Paris, Payot.
- MITCHELL, S. (1998). *Relational Concepts in Psychoanalysis*, Cambridge: Harvard. Univ. Press.
- MITCHELL, S. (1993). *Hope and Dread in Psychoanalysis*, Nueva York: Basic Books.
- MITCHELL, S. (1997). *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*, Londres: Routledge.
- MITCHELL, S. (2000). *Relationality*, Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- ORANGE, D. (2011). *The Suffering Stranger*, Nueva York: Routledge.
- ORANGE, D. ATWOOD, G. y STOLOROW, R. [1997]: *Trabajando Intersubjetivamente*, Madrid: Ágora Relacional, 2012
- PALLY, R. (2003). *The Mind-Relationship*, Londres: Karnac Books.
- RACKER, H. (1960). *Estudios sobre Técnica Psicoanalítica*, Buenos Aires: Paidós.
- RICOEUR, P. (1965). *De l'Interprétation*, Paris: Editions du Seuil. Versión castellana: *Freud: Una Interpretación de la Cultura*, México: Siglo veintiuno editores, 1970.
- RIERA, R. (2010). *La Connexió Emocional*, Barcelona: Octaedro.

- SANDLER, J y SANDLER, A.M. (1992). *Bulletin of Anna Freud Center*, **15**: 35-51.
- SCHORE, A. (2011). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis, *Psychoanal. Dialog.* **21**: 75-100.
- SHELDER, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy, *American Psychologist*, **65** (2): 98 -109.
- STOLOROW, R.D. (2011). *World, Affectivity, Trauma*, Nueva York: Routledge.
- STERN, D. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, Nueva York: Norton&Company
- TOMASELLO, M. (1994). *The Cultural Origins of Human Condition*, Cambridge: Harvard Univ. Press.
- VELASCO, R. (2011). Memoria y conocimiento relacional implícito, revista online *Temas de Psicoanálisis*, **1**
- WALLIN, J. (2007). *El Apego en Psicoterapia*, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- WALLERSTEIN, R. (1989). Psychotherapy Project of the Menninger Foundation, *J. of Consult. Clin. Psychol.*, **57**: 195-205.
- WEISS, J. (1990). The centrality of adaptation, *Contemp. Psychoanal.*, **26**: 660-666.
- WINNICOTT, D. (1960a). La teoría de las relaciones bebé-progenitores, en *Los Procesos de Maduración en el Niño y el Ambiente Facilitador*, Barcelona: Laia, (1993), pp. : 46-72.
- WINNICOTT, D. (1960b). La distorsión del yo en términos de *self* falso y *self* verdadero, en *Los Procesos de Maduración en el Niño y el Ambiente Facilitador*, pp. 182-192.

Original recibido con fecha: 16-6-2012 Revisado: 19-7-2012 Aceptado para publicación: 6-9-2012

## NOTAS

<sup>1</sup> Agradezco a Edelmira Fernández la ayuda prestada con sus valiosas sugerencias y orientaciones acerca de este escrito, así como también el haberme dado a conocer el viejo y olvidado axioma médico: *vis medicatrix naturae*.

<sup>2</sup> Joan Coderch. Doctor en Medicina-Psiquiatra. Psicoanalista. Miembro Titular y Didacta de la *Sociedad Española de Psicoanálisis* (IPA). Ha sido profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Dirección del autor: Balmes 317; 08006-Barcelona. Correo electrónico. [2897jcs@comb.es](mailto:2897jcs@comb.es). Autor de muy numerosas obras, entre las más recientes están: *Pluralidad y diálogo en Psicoanálisis* (Barcelona: Herder); *La relación paciente-terapeuta* (Barcelona: Paidós-FViB); *La práctica de la psicoterapia relacional* (Madrid: Ágora Relacional); y *Realidad, Interacción y Cambio Psíquico* (Madrid: Ágora Relacional).

<sup>3</sup> Para entender lo que es una teoría me remito a las palabras de Holt (1981): "una teoría es un conjunto de proposiciones acerca del dominio de una ciencia en su propio lenguaje". A su vez, el cuerpo de una ciencia es la totalidad de teorías, hipótesis y proposiciones con las que intentamos captar una parte de la realidad. Cuando hablamos de una teoría psicoanalítica, por tanto, simplificamos el lenguaje porque toda "teoría" consta de un conjunto de teorías enlazadas entre sí.

<sup>4</sup> Los autores de habla inglesa emplean el término *pretend*, pero a mi juicio el término castellano "pretendido" no responde al sentido que le dan tales autores y que es más adecuado emplear el término "como-si" o "simulado".

<sup>5</sup> D. Wallin (2007) los denomina "Modelos funcionales internos".

<sup>6</sup> *The present moment is the felt experience of what happens during a short stretch of consciousness*

---

<sup>7</sup> Las características externas de las pacientes que se presentan han sido seriamente distorsionadas para proteger la privacidad.

<sup>8</sup> El autismo esquizofrénico no debe confundirse con el término “autismo”, que designa el síndrome que presentan los niños con un insuficiente funcionamiento del sistema de neuronas en espejo, lo cual les impide entender a los otros y comunicarse con ellos adecuadamente.