

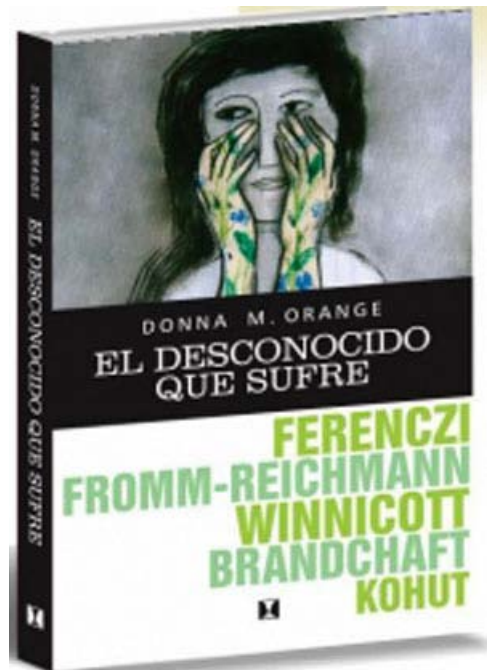
## El desconocido que sufre

Donna Orange

Santiago de Chile:

Editorial Cuatro Vientos

2013



### Reseña de Borja Aula Carmona<sup>i</sup>

En este libro, *El desconocido que sufre*<sup>ii</sup>, Donna Orange nos propone esencialmente una revisión de la clínica del trauma, a través de un viaje por los autores y personalidades que iluminan y estimulan hondamente su camino profesional.

El requerimiento y aproximación particular que conlleva el acercamiento a personas que han sufrido devastaciones profundas e insondables, ha supuesto para la autora una no conformidad con los cánones establecidos en la clínica ordinaria. Una tener que estar dispuesto a transformarse y reconvertirse (personal y profesionalmente) en el contacto íntimo que provoca el trabajo con esta casuística.

Durante el tratamiento concurre un encuentro entre mundos subjetivos en que se solicita al terapeuta que sea capaz de reorganizar parcialmente sus principios organizadores básicos. Si no se está preparado a enfrentar tal desafío, y lo que conlleva tal involucramiento, la terapia no tendrá efecto duradero. Para cambiar, tenemos que permitirnos ser cambiados.

El procedimiento, si es que se puede llamar así, y la actitud que Orange promueve y aplica, queda definida en lo que ella distingue como la *hermenéutica de la confianza*. La hermenéutica de la confianza está compuesta principalmente por las meditaciones y reflexiones de la autora extraídas de la comprensión dialógica que caracteriza a la filosofía de Hans-Georg Gadamer y las implicaciones éticas del pensamiento de Emmanuel Levinas. Junto con ello Orange, pone la mirada en clínicos que por su coraje y entrega al *desconocido que sufre* inspiran su modo de estar y hacer terapia.

### ¿Qué es la hermenéutica?

La hermenéutica<sup>iii</sup> consiste en el estudio de la interpretación. Puesto que Freud hace de su método un especial énfasis en la interpretación, es esperable que el psicoanálisis hubiese sido considerado por muchos como un quehacer hermenéutico. Y sin embargo, debido a la preocupación por Freud de que en su lugar y antes de todo fuese considerada una ciencia natural, un modo científico valorado y respetado por la comunidad en un momento en que la secularización del saber y el abandono de la usanza religiosa se hace cada vez más latente. Orange representa a una renovada ornada de clínicos que reivindican este plano hermenéutico para el psicoanálisis, sin que ello deje de levantar ciertas suspicacias desde los ambientes más ortodoxos. Aplicar la hermenéutica sobre la psicoterapia, permite una comprensión más completa del sufrimiento a través de su trasfondo en la experiencia intersubjetiva vivenciada en lugar de perderse intentando traducir contenidos mentales inconscientes. Pero ante todo implica un ser consciente de la propia historia personal, que estará presente en todo momento en nuestro esfuerzo por contactar y entender *"al otro que sufre"*.

Para Orange la revalorización de la hermenéutica como comprensión dialógica útil en las ciencias sociales se establecerá a partir de la figura de Martin Heidegger y principalmente de su discípulo Hans-Georg Gadamer. Este último va ser una inspiración constante en el modo de hacer de Orange.

### Historia de la Hermenéutica: Schleirmacher.

Entender es una práctica difícil. En contraste con lo que Scheleirmacher llama la *"práctica laxa"*, la hermenéutica requiere una comprensión que se apoya en una práctica rigurosa. Esto es, el entendimiento exige esfuerzo, una atención constante tanto al contenido como al tono afectivo de cualquiera la que estemos intentando llegar. Si quiero entender debo ir hacia el hablante, no forzar al hablante que venga a mí.

La comprensión, ya sean textos o personas, entraña un esfuerzo arduo y mantenido y esta práctica rigurosa, no es si quiera una empresa inequívoca y exacta: *"...el malentendido ocurre como cosa común, de modo que la comprensión debe ser deseada y buscada en cada momento"*<sup>iv</sup>.

Scheleirmacher afirma, que en rigor nadie puede entender a otra persona. Puesto que para entender, tanto el contenido del discurso como la forma de este, habría que tener un conocimiento acabado tanto de todos los aspectos lingüísticos que conlleva el idioma, como un conocimiento profundo y acabado de la persona. Por todo ello nuestra comprensión es siempre parcial y falible y transcurre en fragmentos y grados. Esto no quiere decir que uno use la interpretación como algo a priori plausible, una tentativa que nos llevará algún lugar, una *"oscilante búsqueda intersubjetiva de la verdad"*<sup>v</sup>.

En el modelo clínico en que se apoya Orange esta actitud se cristaliza en un ir ensayando, descartando y manteniendo provisoriamente nuestras intuiciones. Cuando un posible entendimiento deja de ser adecuado y nos impide seguir avanzando en la comprensión, simplemente lo dejamos ir. No aferrándonos a nuestras teorías y admitiendo la falibilidad y la impermanencia de nuestra comprensión. Esto supone abandonar

comportamientos obsesivos y reaseguradores con respecto a nuestra posesión de una verdad que no cumple más que el papel de proveernos de una supuesta seguridad (y que revierte, no en pocas ocasiones, en aspectos retraumatizadores para la persona). La comprensión se desliga de la búsqueda de certeza y se convierte ante todo en un proyecto compartido y por siempre inacabado.

Por otro lado Schleiermacher rehúsa en apoyarse en una concepción reduccionista de la empatía (tipo "*ponerse en el los zapatos del otro*"). Más bien parece percatarse en cómo nos encontramos muchas veces inhibidos y atascados en nuestro pensar y sentir con el otro. Es así como podemos llegar a entender el mundo del paciente, a través de las fuentes de nuestros malos entendidos.

Las dos atracciones actuales en canto a los modelos de intervención clínica, consisten en un tratamiento sostenido en la evidencia<sup>vi</sup> y la adoración de la neurociencia. Los primeros parecen intentos que buscan justificar el costo y el tiempo que requieren las curas mediante el uso del habla, orientadas al significado, en comparación a la psicofarmacología y los tratamientos cognitivos-conductuales breves. Frente a esta posición Orange, recupera la actitud de Schleiermacher planteando que la comprensión no refiere a rapidez ni a algo mecánico entre palabras y causas, sino más bien al holismo y la complejidad de significado: "*lo que es complejo, a diferencia de lo que es complicado, no se puede reducir a simple*"<sup>vii</sup>. La comprensión no es algo mecánico al modo de un recetario. Entender un contexto implica comprender al individuo único. No podemos sustraernos de esa individualidad. Lo que se da siempre es un proceso incompleto.

La interpretación y el entendimiento requieren por tanto esfuerzo, humildad, reconocimiento falibilístico de los límites de nuestra comprensión y una actitud holística abierta a la complejidad de los fenómenos.

Rescata Orange como útil del pensamiento de Schleiermacher para nuestro trabajo clínico tres actitudes:

- La práctica estricta que asume *malosentendidos* como condición universal, sin escatimar esfuerzos para superarlos.
- Disposición para admitir nuestros límites y errores, e intentar entender su génesis en nuestra propia historia y convicción emocional.
- Intento para entender todo como un cuadro más grande y complejo y rehuir del reduccionismo y de simplificaciones que anula la subjetividad de la persona.

### **Historia de la Hermenéutica: Gadamer.**

Gadamer, distinguido por poseer un espíritu humilde, se separó del modelo de ciencia natural del entendimiento de las ciencias humanas, rehuendo de cualquier explicación reduccionista. Su disposición a escuchar y aprender de la "*voz del otro*" supone un modelo esencialmente dialógico y humanista.

Su actitud dialógica se fundamenta esencialmente en la expectativa de tener siempre algo que aprender y en estar dispuesto para no dejar de sorprenderse por el otro

(*“toda experiencia digna de un nombre es la frustración de una expectativa”<sup>viii</sup>*).

Para él, la conversación tiene lugar en un inicio pero sigue en cierto modo un rumbo impredecible, tal y como sucede en el trabajo clínico. Cada experiencia es registrada del devenir de la vida y a su vez se relaciona con la totalidad de nuestra historia. *“Toda comprensión debe ser concebida como una parte sola del evento en que ocurre el significado”<sup>ix</sup>*. Esto conlleva un proceso de ir y venir en el encuentro dialógico, en donde la comprensión se busca desde la experiencia en la conversación entre dos insertos en sus propias tradiciones y significaciones históricas. Entonces sólo entonces, el significado ocurre.

En el proceso de comprensión, el malentendido es probable que ocurra. Sucede como una posibilidad universal. Este mismo malentendido es el que crea a su vez la posibilidad del entendimiento dialógico. *“Cuando los intentos de llegar a un acuerdo son en vano, únicamente entonces el esfuerzo de entender se torna consciente de la individualidad del Tú y toma en cuenta su singularidad”<sup>x</sup>*.

Esto es, no debemos como clínicos tener una visión libre de la perspectiva de nuestro paciente, si quiera de lo que ocurre entre nosotros y por supuesto de nuestra propia participación en el encuentro clínico. Esto requiere honestidad profunda y extensa con nosotros y con el otro. Acercarnos al otro, disponibles para aprender de él, contraviniendo el peligro de permanecer atrapados en las propias tradiciones a las que pertenecemos y los prejuicios que habitamos. En el dialogo honesto, intentamos fortalecer lo más posible la perspectiva del otro, arriesgando la propia: *“...llegamos a las cosas en sí mismas únicamente en la conversación. Sólo cuando nos exponemos a una posible visión opuesta tenemos alguna oportunidad de ir más allá de los confines de nuestras propias suposiciones”<sup>xi</sup>*.

La conciencia de mis tradiciones personales y terapéuticas (suposiciones culturales, raciales, de género, etc.) me mantienen alerta a las limitaciones de mis propias perspectivas e interpretaciones. Mi perspectiva esta inevitablemente formada por la tradición en la que esto inmerso, por ello al ser incompleta requiere del correctivo dialógico (*“hay algo absurdo en toda idea de una interpretación única y correcta”<sup>xii</sup>*).

La interpretación, no agrega algo nuevo a la comprensión, sino que en todo caso explicita el entendimiento. La interpretación (proceso lingüístico y verbal) está contenido en el propio proceso de comprensión (nivel lógico menor). De hecho las interpretaciones valiosas, son aquellas que surgen y desaparecen en el proceso continuo de entendimiento emergente. Van y vienen, como las jugadas de un partido de tenis olvidadas en el resultado final. Lo que sí importa es el cómo los interlocutores expresan la interpretación, puesto que demasiada fuerza tiende a desequilibrar e impedir que el proceso fluya y la interpretación desaparezca para facilitar el flujo constante de la comprensión. Si en el dialogo, el terapeuta habla demasiado enfáticamente, o se aferra narcisistamente a su descubrimiento, el fenómeno interpretativo se convierte en una fuerza de dominación, favoreciendo la retraumatización, bloqueando el proceso dialógico.

La hermenéutica de Gadamer contiene una referencia importante a la voz (referencia extraída del concepto de *verbum interius* de San Agustín). La voz interior no como una subjetividad unívoca y solitaria, sino como algo constituido de modo dialógico.

En contraste con Heidegger, donde el otro desaparece en el Ser, escuchar la voz del otro no significa asimilarla o apropiársela, es más bien un proceso de inclusión y confluencia: *"...el proceso de comprender es dialógico en ambos casos, nos encontramos con el otro precisamente como otro"*<sup>xiii</sup>.

En nuestra práctica clínica intentamos resistirnos a encajar a nuestro paciente dentro de nuestro ideario y escuchar realmente a la persona que lucha por dar voz a su confusión. Escuchar la voz del otro a menudo entraña lo que tal vez no quisiéramos escuchar, la afirmación del otro en contra de nosotros mismos. Cada encuentro con otro, supone la supresión de los propios prejuicios, sea que esto implique a través del otro aprender de la propia naturaleza y límites de uno. Esto requiere la disposición a reconocer al otro como alguien que está potencialmente en lo correcto y dejarlo prevalecer dentro de mí. La fuente de sufrimiento de nuestros pacientes puede evocar nuestro propio sufrimiento y por tanto retraumatizarnos a nosotros también. A no ser que a pesar de ello logre acoger e involucrarme con el otro, no existe la posibilidad de que surja una comprensión sanadora.

El espíritu dialógico conlleva una renuncia a nuestro deseo de estar en posesión de la verdad, a nuestro saber acerca del psicodiagnóstico o las patologías del paciente, a nuestros supuestos sobre nosotros mismos, a los conceptos y teorías que aprendimos en nuestro desarrollo profesional, si se pretende escuchar la voz del otro, reconocer al otro como alguien posicionado en lo correcto aunque ello esté en contra nuestra.

### **Elementos de la sensibilidad hermenéutica en práctica terapéutica cotidiana:**

Desde que Freud llama al psicoanálisis *"la cura del habla"*, se ha considerado que el tratamiento psicoanalítico se basa en el lenguaje. El énfasis actual en el conocimiento procedimental y relacional implícito, sumado al proceso fenomenológico de la corporeidad, ha enriquecido la comprensión freudiana. A pesar de que no todo puede o debe ponerse en palabras, el intento de contactar con el otro verbalmente y expresar aquello que se intenta que genere una comprensión conjunta, constituye sin duda el *leitmotiv* del trabajo psicoterapéutico.

Peso no conlleva que se puede asumir que paciente y terapeuta habitan lenguajes idénticos o mundos vivenciales y experiencias de vida gemelas. Cada uno debe trabajar constantemente para llegar a un entendimiento aprendiendo del lenguaje del otro. Actualmente en los modelos relacionales se hace énfasis en los procesos de regulación mutua, especialmente la regulación de la mirada propiciada por el *setting* donde el paciente y el terapeuta se sientan frente a frente. Esta disposición menos autoritaria es más idónea para llevar el foco en la influencia mutua y el diálogo.

La conversación se convierte en el medio fundamental para llegar a la comprensión. Diálogo que se caracteriza por una participación activa y un enfocarse en la acción personal que exige equilibrio mediante un darse cuenta de la receptividad y el sufrimiento inherente al proceso de comprensión. En palabras de Gadamer: *"el principio de la comprensión se basa en una inversión; lo que se presenta sí mismo como la acción y el sufrimiento del otro es entendido como la propia experiencia del sufrimiento de uno"*<sup>xiv</sup>.

El proceso de comprensión dialógica requiere no sólo, ser testigo y participar emocionalmente en el sufrimiento de nuestros pacientes, sino que además solicita arriesgarnos y permitir que el otro tenga un impacto en nosotros que nos atañe, desafíe nuestras ideas preconcebidas y formas habituales de ser, que nos cambie en beneficio suyo, e incluso nos decepcione y nos rechace. Requiere dejar de lado nuestro propio sentido de hacer y competencia en favor del otro. Trabajar por momentos en la oscuridad y sentir nuestra propia vulnerabilidad.

La idea de la finitud radical aporta dos aplicaciones importantes a la clínica. La primera, el fabilismo, esto es cuan limitada puede ser es nuestra perspectiva sobre cualquier asunto. Este reconocimiento conlleva la aceptación de un espíritu no autoritario. La segunda es que a pesar de ser singulares e importantes en cierto modo, somos pequeños en el universo y en los enormes sistemas relacionales en que habitamos, limitados por la muerte que nos recuerda nuestra finitud. Ello permite la libertad para explorar posibles significados sin sentirnos excesivamente comprometidos con ellos, cometer errores y recuéranos, aprender de nuestro paciente y dejarle espacio a él para su propio modo de hacer; no tomarnos demasiado en serio. Renunciar a ser expertos sapienciales y reconocer la complejidad e incertidumbre de la práctica clínica (*"ser radicalmente no dogmático"*<sup>xv</sup>). Estar abiertos a una conversación que nos conduzca a una comprensión compartida de la vida del paciente, que no nos deje a ninguno de los dos sin sufrir cambios. Las aperturas al otro implican *"reconocer que yo mismo debo aceptar algunas cosas contrarias a mí, aunque nadie me obligue a hacerlo"*.<sup>xvi</sup>

### La hermenéutica de la sospecha:

Paul Ricoeur (1913-2005) en *Freud y Filosofía* (1970) describió lo que denominó como una *"hermenéutica de la sospecha"*<sup>xvii</sup> y una *"hermenéutica de la fe"* o restauración del significado. *"Para mí, la hermenéutica parece estar animada por esta doble motivación: disposición a sospechar, disposición a escuchar, voto de rigor, voto de obediencia"*<sup>xviii</sup>. La *"escuela de la sospecha"* incluye a Marx, Nietzsche y Freud (*"los tres grandes destructores"*), para los que las cosas son y no son lo que parece y cada perspectiva oculta otra.

Se considera la conciencia volitiva como una falsa conciencia. La búsqueda del entendimiento no conlleva tanto articula el significado consciente, como descifrar sus expresiones profundas. La conciencia disfraza y niega la verdad por ser insoportable. Ejemplo de ello lo hallamos en *La interpretación de los sueños* de Freud (1900) donde se asume que los sueños ocultan y disfrazan su verdadero y profundo significado. Lo que hay que descubrir permanece inconsciente o al menos latente (oculto o disfrazado).

La escuela de la sospecha dirige su atención hacia las posibles brechas e incongruencias, omisiones y contradicciones en la historia del paciente. Ante esta tarea el terapeuta se enfrenta a un esfuerzo por parte del paciente no de revelar sino de ocultar. El terapeuta requerirá de lo que Ricoeur denomina una *"doble audacia"*; el intento por ser más perspicaz que el paciente y el desenmascaramiento de las falsas motivaciones. Se contempla al otro como a un enemigo a derribar.

La escuela de la sospecha es fundamentalmente pesimista y para Orange más allá de su ferviente búsqueda de la verdad su penetrabilidad resulta dañina y perniciosa. Los costos clínicos de esta actitud de sospecha, escepticismo y deconstrucción nos situarán distantes del paciente, cosificando y reduciendo sus experiencias a categorías. Dicha actitud invita a que el paciente se identifique y adopte este mismo patrón hacia sí mismo. Suposiciones basadas en que una pregunta esconde una manipulación, un regalo una estratagema, un agradecimiento intenciones agresivas, expresiones afectivas deseos sexuales, tienden a mantener al paciente y por ello su experiencia alejados de nosotros.

### **La hermenéutica de la confianza:**

La autora nos propone una forma antagónica frente a la actitud de sospecha que es el hilo conductor de todo su trabajo clínico: *"el entendimiento dialógico, en una hermenéutica de la confianza, forma la respuesta hospitalaria al desconocido que sufre exigido por la ética de la responsabilidad infinita"*<sup>xix</sup>.

Para una práctica humanista, la sospecha debe mantenerse en todo caso incluida dentro de una confianza, donde se transforma el cuestionar y arriesgar prejuicios en favor de un proceso dialógico y de encuentro. La hermenéutica de la confianza no presupone que el paciente confíe en nosotros como profesionales. Si no más bien, se está interesado en un conjunto de actitudes y valores hacia el trabajo y hacia *"la persona desconocida que sufre"*. Se centra en crear un clima donde la persona pueda aprender que parte de sí son seguras y confiables y afirmarse en su propia experiencia. La persona cree en la verdad de lo que está diciendo. El significado está ahí para ser descubierto y que emerja a través del encuentro dialógico.

Esta práctica asume un mundo común, con profundos sentimientos de pertenencia compartido. Vivimos con el otro en una misma naturaleza heredada dentro de la cual intentamos entender lo que sea que intentemos entender. El proceso dialógico de la comprensión del sufrimiento del otro, se sostiene en la participación de este mundo común. Este sentido participativo de inclusión y bienvenida crea la sensación de que las preguntas y afirmaciones de uno serán tratadas con respeto y hospitalidad.

Se asume por supuesta la buena voluntad de ambos compañeros en la tarea de la búsqueda de comprensión y verdad. No todo es obvio, transparente y explícito, pero ello no quita que lo no escondido no tenga el valor de verdad. Se trabaja partir de lo que la diada terapéutica tenga en común, para encontrar comprensión donde existe diferencia. Sin asumir veracidad y buenas intenciones en ambos compañeros no puede darse la comprensión dialógica. Me dispongo a escuchar con la actitud de que el otro puede estar en lo correcto, de que puede ser capaz de enseñarme algo, de que alguna nueva comprensión puede emerger del encuentro entre nosotros. El terapeuta ha de escuchar e implicarse con el paciente, con apertura infinita y asentada en la buena voluntad.

Orange resignifica la máxima de Schleiermacher de que el *malentendido* debe esperarse como condición *sine qua non*, brindando al otro la opción de enseñarnos y donde el detalle del desacuerdo es menos importante que las disposiciones para que el otro capte nuestro interés genuino y honesto. El escrutinio ocurre dentro de un clima de

confianza y respeto. *"Asumimos que el participante es el experto en su propia experiencia y es capaz y está dispuesto a compartir significados"*<sup>xx</sup> (Josselson 2004).

Esta hermenéutica nos mantiene más cerca de nuestros pacientes y disponibles emocionalmente. Ofrece por ello una oportunidad para atravesar la experiencia de la vergüenza que es parte constitutiva de situación psicoterapéutica y también la específica de cada paciente en relación a su historia personal. Invita estar menos a la defensiva pues entiende las posibles resistencias del paciente como modalidades indispensables para el manejo de aspectos traumáticos y angustias de soledad insoportables. Permite la construcción de un *"segundo hogar relacional"* (Stolorow, 2007) para la experiencia traumática, que anteriormente ha carecido de un testigo que acompañe. Una vez que el terapeuta abandona su rol de fiscalizador y habiéndose establecido un mundo compartido de significado y confianza, deja de importar quién genera las indagaciones y en muchas ocasiones surgen del propio paciente. Si las exploraciones son demasiado perturbadoras como para confiar, se dejan de lado y atendemos a lo verdaderamente importante, esto es, el estado de conexión entre el psicoterapeuta y el paciente: *"...la confianza es un tesoro frágil, sino una idea del todo imposible, ... algo que a veces se encuentra después de muchos años de tratamiento"*<sup>xxi</sup>.

Confiar en que el paciente está intentando comunicarnos su verdad, ya sea a través de lo que está diciendo o haciendo y que nuestra tarea es el intento insaciable por comprender. Hasta que el paciente me ataque físicamente o el menosprecio incesante supere mi capacidad de tolerar, le concedo el beneficio de la duda, en favor de que está intentando decirme algo. Una actitud de receptividad supone un componente básico de la hermenéutica de la confianza, ni plenamente activa ni tampoco pasiva, que permita involucrarse con el otro.

El compromiso con el otro y el intento en aliviar su sufrimiento tiene varios corolarios:

- Indispensable tener una actitud compasiva frente al sufrimiento del otro. Estando dispuestos a dejarnos afectar.
- Un estilo dialógico no autoritario, renunciando al rol de experto, lego o autoridad.
- Consistencia, esfuerzo y confianza, frente a la tendencia al desgaste, son esenciales a la hora de trabajar con traumas profundos.
- Aceptar que nos vamos a ver afectados por nuestro trabajo y que a veces incluso nos retraumatizará.
- Por todo ello, también nosotros necesitaremos apoyos consistentes y fuentes de nutrición y hospitalidad.

Nuestro trabajo clínico consiste esencialmente en restaurar la dignidad de personas profundamente devastadas, llenas de vergüenza, heridas y vulnerables al igual que nosotros. Tratar al otro como un ser valioso, como un participante apreciado para abrirse al diálogo, sin importar que aflicción, síntomas o preconcepciones aversivas nos suscite.



### Emmanuel Levinas. El desconocido que sufre:

Levinas, alumno de Heidegger, superviviente de los campos de concentración nazis, promulgó que la ética es antes que la filosofía. Donde la ética es entendida, como una responsabilidad asimétrica infinita frente al otro.

Con Levinas se rechaza el método heideggeriano como algo que reduce al otro a categorías, a lo conocido y objetivado<sup>xxii</sup>. Conocer y categorizar (en nuestro campo, diagnosticar) reducen al otro a "lo mismo", esto es, a tan solo otro miembro de una clase. Construye una ética de la respuesta y responsabilidad frente al rostro del desamparado. Ese rostro<sup>xxiii</sup> (que no es algo que uno puede tocar sino que exclama un mandato absoluto: ¡No matarás!) desestabiliza cualquier complacencia o mutismo que nos pueda tentar. Para Levinas cualquier modo de sistematizar, clasificar incluso describir, es una forma de violencia (una forma de asesinar).

La respuesta ante el rostro del otro solo puede ser "Me voici" (soy yo aquí). La pertenencia a una comunidad, a un mundo compartido, genera una irrefutable obligación respecto del vecino. Sólo en el sufrimiento del otro, y en mi respuesta ante ello, es que yo paso a ser. Dar se convierte en un acto ético en el que pierdo el sentido de lo mío frente al rostro del otro.

La relación con el otro (*Autrui*) crea lo que Levinas denomina una "curvatura del espacio intersubjetivo". Esto es, la relación ética no se establece entre iguales, sino que es radicalmente asimétrica: "el interior de esa relación, mientras está teniendo lugar, en ese preciso momento, coloca una obligación sobre mí que te hace más que yo, más que mi igual"<sup>xxiv</sup>.

El rostro me exige, me interpele, me toma rehén, uno no puede quedarse indiferente ante la inevitable demanda ética. "Es a través de la condición de ser un rehén que puede existir la piedad, la compasión, el perdón y la proximidad en el mundo, incluso el simple ¡Después de usted, señor!"<sup>xxv</sup>. Esta responsabilidad por el otro es el corazón de la subjetividad. La vulnerabilidad del otro me vuelve también vulnerable a mí, me traumatiza, me toma como rehén. La exposición al otro me es una generosidad activa, sino más bien pasiva, en cuanto a que el otro hace sobre nosotros. Necesitamos estar conmovidos para poder responder.

El contacto con el otro significa encontrarse con lo valioso de alguien que se encuentra más allá de mis intentos de predecir, controlar y representar. Levinas descubre en la otra persona otro radical, que trasciende mi capacidad de conocer, mis conceptos, representaciones e ideas. En esta hospitalidad gentil y discreta, el yo del anfitrión desaparece en gran medida. Dispuestos a construir un lugar para la confianza, la bienvenida y la escucha hospitalaria que coloca en primer lugar la necesidad y la voz del otro. "Yo soy sólo yo en la medida que soy afectado, acusado por la necesidad del rostro desnudo y vulnerable del desconocido que sufre"<sup>xxvi</sup>.

La terapéutica levinasiana viene caracterizada por:

- una actitud de bienvenida y hospitalidad que se involucra con la persona de modo sencillo, humilde y paciente. Un estilo comedido, que procura sintonizarse con la necesidad del otro y responder frente a ella, minimizando la posible vergüenza que el

paciente siente por necesitar ayuda. *"Es una apertura mental que da la bienvenida a la mente del otro, en toda su cualidad de desconocida... una disposición a dejar entrar en nuestra mente y a involucrarnos en el alcance completo de la experiencia psicológica y emocional del otro"*<sup>xxvii</sup>.

- se apoya en un carácter no enjuiciador. La necesidad del otro me trasciende, es de mayor estatus que yo, de manera que no me encuentro en una posición posible para enjuiciar, tan sólo queda responder.
- modo no violeto. Siendo consciente de maneras sutiles de esta, como la categorización, el etiquetaje, la objetivación. El lenguaje técnico y teórico tiende a mantener al clínico por encima, alejado del sufrimiento del otro.
- una asimetría que excede la posición de mutualidad. En la terapia, como en la crianza de los hijos, la asimetría de la responsabilidad sobrepasa la reciprocidad y la mutualidad. La necesidad del otro que sufre es la *raison d'être* de la relación terapéutica.

### **Sandor Ferenczi. El analista de último recurso y la hermenéutica del trauma:**

Sandor Ferenczi fue el más cercano colaborador de Freud durante 25 años. Si Freud fue el padre del psicoanálisis, Ferenczi fue el primer analista y el pionero de muchas cosas que estarían por llegar: la psicoterapia humanista, la teoría del apego, el psicoanálisis relacional, de la primacía de la práctica clínica sobre la técnica,...etc. Se dedicó en su labor clínica, a trabajar con aquellos pacientes designados como *"no analizables"*, y era considerado por ello el analista de último recurso.

Ferenczi no tuvo reparos en experimentar con tal de intentar mitigar el sufrimiento del paciente (técnicas activas) y tampoco de retractarse cuando concluía que no servía o incluso perjudicaba a la persona, asumiendo como propio el error<sup>xxviii</sup>. La práctica siempre estuvo por encima de la teoría y aunque fue un militante freudiano convencido y asumía la teoría de su maestro, no tenía tapujos a la hora de ponerla en práctica, al punto de que en sus conclusiones provenían más del proceso clínico y no tanto de la teoría.

Para Orange el distanciamiento entre Freud y Ferenczi y su consecuencia posterior es un hecho traumático en sí, que recientemente comienza a elaborarse en la historia del psicoanálisis. Tras su muerte su figura fue difamada y su trabajo fue considerado como una herejía y desviación propia de un loco<sup>xxix</sup>. *"Aquellos que se acercan demasiado a los locos siempre son observados con sospecha"*<sup>xxx</sup> (Judith Dupont, 1988).

Para Ferenczi el trauma contenía dos momentos patógenos: el shock original, el abuso o negligencia reiterada, seguidos a continuación de un entrono negador e hipócrita por parte de los perpetradores y responsables del cuidado del infante. Colocó el proceso del trauma en el campo de la relación y la conformación del vínculo. Esto lo distanció de Freud pues para éste era retomar un periodo arcaico y descartado en su investigación clínica.

La respuesta del entrono respecto del evento es decisiva para el desarrollo del infante. Ante la negación de los cuidadores se provoca una devastación psicológica que

involucra entre otras consecuencias la fragmentación, la escisión de la psique e incluso lo que Ferenczi denomina *“una muerte parcial psíquica”*. Por ello la terapéutica del trauma consta de dos partes. Una exponer por completo esta agonía de muerte. Por otro lado permitir al paciente sentir que a pesar de todo, la vida merece ser vivida, como una posibilidad de esperanza que confluye en el encuentro genuino y simpático con el terapeuta: *“...el paciente en tratamiento tiene que encontrarse con suficiente compasión y simpatía como para que parezca que vale la pena volver a la vida”<sup>xxxii</sup>*.

El trauma, en Ferenczi, es tanto realidad como experiencia; con una clara implicación en términos del desarrollo psíquico del niño, que deja una huella del que el terapeuta ha de ser un testigo en sus pacientes. Por ello es importante tomar en serio el relato de los pacientes abusados o maltratados, incluso cuando aseveran que también se sienten heridos durante el análisis, para no incurrir en la negación a la que han sobrevivido. Ferenczi no tenía inconveniente a la hora de que el paciente pudiese confrontar y discutir acerca del él o del tratamiento. El foco pasa de los que supuestamente anda mal en el paciente hacia lo que le ha ocurrido a la persona para provocarle tal sufrimiento extremo. Como refleja tras una protesta de un paciente en su *Diario Clínico*: *“Sólo serás capaz de curarme cuando dejes de analizar mi patología y empieces a comprender que hay en ti que está obstruyendo tu compasión”<sup>xxxiii</sup>*.

Muchas veces, los pacientes traumatizados por la ausencia feroz del cuidado parental, se envisten de un rol de cuidador, adoptando la apariencia y el semblante de más edad (*bebé sabio*) cargado de pesadas responsabilidades por el bienestar emocional de los adultos abandonados. Por ende extienden hacia los otros el conocimiento que adquirieron con dolor al lidiar con su propio sufrimiento y se vuelven complacientes y deseosos de cuidar.<sup>xxxiii</sup>

Freud se convenció que la mayor parte de la neurosis provenía de del incesto fantaseado, esto es, de intimidades anheladas durante el periodo Edípico y por el contrario no por abusos sexuales o maltratos. Ferenczi se interesó por dar credibilidad a tales vivencias. Su conceptualización del traumatismo conllevaba una escisión en el que una parte del psiquismo como defensa a tal situación tan terrible debía identificarse con el placer del agresor (introyección del agresor).

En *Confusión de lenguas* plantea que el desacierto ocurre en dos sentidos: en un primer momento el adulto confunde el deseo tierno del niño y sus interacciones afectuosas con la relación sexual orgástica propia del adulto, el segundo tiempo lo constituyen el compuesto de mentiras y negaciones que enredan al niño con respecto al suceso. El niño creyéndose provocador de tal suceso se inunda de intensa culpa quedando identificado con la historia del agresor y asumiendo la culpa rechazada por el perpetrador. Es el adulto quien malinterpreta la curiosidad ordinaria del niño y el deseo de juego y ternura y responde con pasión sexual.

Estos niños se sienten desamparados pues su personalidad no está lo suficientemente consolidada como para ser capaces de protestar y discriminar, ya aunque fuera sólo en el pensamiento la abrumadora fuerza y poder del adulto lo hace enmudecer. La identificación con el agresor tal y como la entiende Ferenczi, describe la experiencia de pacientes convencidos que puesto que los han rechazado, algo malo hay en ellos y están

fuera de la comunidad humana. Al haberse identificado con ese modo del otro, que los daño, en que han sido tratados y lastimados, desarrollan un sentido de sí mismos distorsionado e intoxicado de la negligencia del adulto. *“El cambio más importante, producido en la mente del niño por la identificación impulsiva por la ansiedad y el miedo con la pareja adulta, es la introyección de los sentimientos de culpa del adulto que hace aparecer el juego, hasta ese momento inofensivo, como una ofensa merecedora de castigo”<sup>xxxiv</sup>.*

El *teratoma*<sup>xxxv</sup> señala el daño infringido por la violencia emocional, física y sexual a los infantes, mucho antes de que sean capaces de armar un relato al respecto. El niño atormentado por el padre abusador a menudo tiene que recurrir a este mismo para cubrir alguna necesidad. Para aliviar y persistir al daño que el padre le ha provocado el niño debe escindir, romper con lo que ha experimentado y registrar delirantemente al padre como bueno. Solo la imagen de unos padres buenos pueden ayudar al infante a manejarla aterradoramente intensa del miedo y rabia que estas experiencias provocan. Se trata de una operación de fragmentación y escisión. La parte escindida se instala a sí misma como protección frente a los peligros. Una vez que hemos comprendido a la persona devastada, como alguien que está intentando desesperadamente sostener y proteger los fragmentos y restos de sí, tendemos a una comprensión en la que las resistencias y defensas son vistas como algo heroico y creativo.

El terapeuta se convierte en una tablilla auxiliar, en donde a través de un proceso de involucramiento, es que se puede deshacer la confusión de lenguas, confusiones pasadas y presentes. Cuando el terapeuta puede reconocer su propia experiencia traumática puede entonces familiarizarse y acercarse con la de los pacientes de forma honesta y genuina. Si un terapeuta, protegiendo su propia vulnerabilidad, se enfrenta a un paciente de estas características con la actitud técnica tradicional de neutralidad y distancia, no existe posibilidad de abordaje ninguna: *“La técnica analítica genera una transferencia pero después se retrae, hiriendo al paciente sin darle la oportunidad de protestar o irse; de ahí una fijación interminable en el analista mientras el conflicto se mantiene inconsciente”<sup>xxxvi</sup>.*

La asociación libre en sí no produce ninguna sanación real, el terapeuta debe estar efectivamente involucrado en el caso y admitir de manera honesta cuando no lo está, en absoluto contraste con el comportamiento negligente de los adultos que lo descuidaron. El paciente puede tomar conciencia plena de la profundidad y alcance de su herida, negación del entorno y abandono cuando el ambiente facilitador en la forma del terapeuta ofrece tal comprensión participativa y sostenedora. La peor forma de manejar tales situaciones, es por tanto negar su existencia, afirmando explícita o implícitamente con la postura o gestos *paraverbales*, que aquello no ha ocurrido.

Si el paciente percibe que yo siento genuina compasión, y que estoy decidido a buscar las causas de sufrimiento, entonces será posible que este no sólo sea capaz de ofrecer un relato de los eventos, sino también hablarme sobre estos y como ello le pesa en su situación presente. Sólo una atmosfera agradable permite proyectar las experiencias traumáticas al pasado y comunicarlas como recuerdos. Primero se hace necesario crear un contraste con el entorno que infiltró la experiencia traumática. Esto es, confianza mutua y simpatía para que en vez de una repetición en su lugar emerja un recuerdo. La sospecha

puede ayudar a indagar pero en absoluto es suficiente para acompañar y menos aún para establecer una posibilidad para la sanación.

Cualquier niño puede atravesar incluso un shock severo sin consecuencias si sólo si la madre se acerca de modo compasivo y tierno. Pero aunque la amabilidad y la calidez son indispensables, no bastan. El terapeuta, con todas sus limitaciones resultado de su propia historia de vida, sin duda dañara al paciente y por ello puede que sea reprochado. Por tanto es inevitable que retraumatizemos al paciente. En este sentido, debemos reconocer nuestros errores y faltas tan generosamente como nos sea posible, confesar nuestro agotamiento, frustración o no saber. Aceptar nuestra contribución actual al sufrimiento del paciente. Ser honestos y congruentes.

Tampoco deberíamos esperar que un solo episodio de humildad baste frente a alguien que la confianza en el entorno se ha visto en múltiples ocasiones mermada. Según Ferenczi la honestidad exigida a los pacientes ha de corresponder con una honestidad correlativa por parte del analista. Cuando un paciente nos reprende debemos renunciar a nuestra autoridad omnisciente y aceptar el hecho de haber podido causar sufrimiento adicional, al mismo tiempo que devolvemos la confortabilidad y esperanza de seguir avanzando.

El espíritu de Ferenczi nos invita a trabajar a veces en territorios oscuros, asumiendo riesgos de retraumatización mutua, siendo testigos del sufrimiento del otro y siendo congruentes con nuestra forma de vida. También nos invita a ser conscientes de los peligros de la grandiosidad que esconden el sostén del rol analítico hipócrita, autoritario y distante.

Como resumen el trabajo clínico de Ferenczi nos invita a asumir:

- que las necesidades del paciente requieren de la plena sinceridad y disposición a reconocer errores y actitudes de desconexión hacia el paciente.
- que el paciente está herido y que sufre, no que es hostil. Contrastando con la psicoterapia que asume motivaciones agresivas como fundamento psicológico.
- que el paciente es nuestro compañero en la búsqueda de la verdad y el sentido.
- que las defensas están al servicio de necesidades de supervivencia.

### **Frieda Fromm-Reichmann. Una soledad incommunicable:**

La tradición ortodoxa psicoanalítica había resuelto que dada la tendencia de los pacientes psicóticos hacia la actuación en lugar de hablar, no se podía establecer transferencias y por ello caían fuera de los límites de la clínica analítica convencional. Pero la figura de Fromm-Reichmann destaca por el intenso y maratónico trabajo dedicado durante toda su carrera a aquellos pacientes considerados como psicóticos graves.

Para Fromm-Reichmann lo esencial con este tipo de pacientes es hacer que se sienta paciente lo suficientemente cómodo y seguro como para que progresivamente pueda ir abandonando su *"aislamiento narcisista defensivo"* y usar al analista para retomar el contacto con el mundo.

Detrás del discurso roto y la conducta bizarra del esquizofrénico hay un intento de

comunicar, lo que requiere una persistencia indomable por parte del terapeuta por querer escuchar. Primero de nada los esquizofrénicos son personas como lo somos nosotros y por ello comprensibles en dichos términos. Un ser humano como cualquier otro, con experiencias relacionales, necesidades desesperadas de contacto benévolo y sensible. El primer requisito en la intervención será por tanto el respeto.

Este respeto será válido sólo si el terapeuta es consciente, que las dificultades que pudiese tener el paciente para sobrevivir no son tan diferentes de las suyas propias. El hecho de que alguien requiera asistencia y ayuda profesional de ninguna manera debe constituir un signo de inferioridad. Sólo si se tiene en cuenta esto se puede ser capaz de escuchar la clínica psicótica. Cada paciente viene a terapia con necesidades únicas, reducirlo a una entidad de enfermedad es un insulto a su humanidad y un signo de falta de imaginación y pericia del terapeuta.

Fromm-Reichmann se caracterizaba por hacer una lectura de las angustias humanas comunes a partir de las particularidades de los individuos, lo que le permitía mantener un sentido humanitario a partir de lo idiosincrático y particular: *"La sensación de impotencia, de desesperanza ante la presencia de peligros internos, que el individuo no puede controlar, constituye... el trasfondo común de todas las posteriores elaboraciones sobre la teoría de la angustia"*<sup>xxxvii</sup>. Su perspectiva es eminentemente desarrollista frente a predominancia del pensamiento pulsional de su época.

La fuente universal de la desesperanza del adulto surge de sus fijaciones a los enredos emocionales no resueltos con personas significativas de la infancia. El resultado de ello es que las personas evalúan compulsivamente a los demás en términos de sus antiguos e infantiles patrones de vida, juicios y expectativas. Actúan y responde ante la gente sobre estas ideas falsas.

Sin embargo en el esquizofrénico se supera el umbral de resistencia mucho más allá. La especial regresión emocional, su retraimiento del mundo exterior hacia un mundo interno privado desconectado de la realidad, constituido por sus propios modos de pensar, sentir y expresarse, son motivados por el intenso miedo al rechazo reiterado. Se ostenta una fuerte y enraizada desconfianza del mundo y sus posibilidades en él. El intenso terror a perder los límites entre el yo y los otros, perder su inestable identidad personal, es constante y permanente.

La abrumadora soledad que recorre a los esquizofrénicos difiere profundamente de la soledad pasajera (o existencial ante una decisión importante o frente la finitud de nuestra vida) y se asemeja más a una desesperación insondable y congelada. Es una soledad incomunicable por quien la padece, ni si quiera puede ser compartida empáticamente. Estas personas no pueden hablar sobre ellas. No parece fácil significar estos estados limítrofes y se intenta más bien mantener oculto de sí mismo cualquier explicitación consciente.

Los clínicos a menudo tenemos miedo a quedar congelados o contagiarnos de la experiencia de derrumbamiento y abatimiento que caracteriza a estos pacientes. Esta angustia nos puede impedir acompañar la de ellos. No es doloroso estar solo con un paciente, siempre y cuando podamos mantener una conexión de sí mismo buena y una sensación no persecutoria del paciente. También es crucial una fuerte sensación con los

otros, más allá de nuestro trabajo clínico. Pues la devoción a nuestro trabajo lleva inevitablemente experiencias de agotamiento y de desilusión. La tarea terapéutica es dar y mantener la esperanza.

### **Donald W. Winnicott. Humanitario sin sentimentalismo:**

Nadie como Winnicott establecía diferencias entre el lenguaje cotidiano y el lenguaje técnico que sirve para nuestros propósitos teóricos y para reasegurarnos. Inquieto con la teorización abstracta, la abandono en favor de descripciones de la experiencia próxima en el quehacer clínico.

Si hay algo que identifica a Winnicott característicamente es su aproximación a la clínica interpretando todo fenómeno en términos del desarrollo. El desarrollo de una “capacidad para” es una formulación característica de este autor (capacidad de creer, capacidad de estar solo, capacidad para preocuparse, capacidad para reparar, capacidad para tener sentido moral, capacidad de tolerar angustia, capacidad para sentir confianza en uno mismo, capacidad para jugar,... etc.). Estas capacidades son el resultado de un desarrollo óptimo sostenido en un ambiente facilitador. Incluso la interpretación misma es entendida para Winnicott en términos de desarrollo (como un juego).

Poseía una fascinación por la diada madre-hijo que supo trasladar a su quehacer analítico y que se inscribía en su extensa observación como pediatra. Apaleaba a una aproximación al concepto de la regresión centrada meramente en el desarrollo. Confiaba en ella como búsqueda evolutiva de la recuperación psicológica en términos de desarrollo y de sistemas.

La pregunta clínica crucial para Winnicott es: ¿qué edad tiene este paciente en este momento de la transferencia? Algunos pacientes para recuperarse retornan a un estado de dependencia regresiva durante el análisis. Y necesitarían un analista con una preocupación maternal primaria (“...en el tratamiento de un paciente en una regresión severa, el analista debe adaptarse a la regresión del paciente...en la situación de transferencia, cuando el paciente se encuentra en los estadios más tempranos de la infancia el analista está en el rol de la madre devota”<sup>xxxviii</sup>). Estos estados de regresión toman la forma de pequeños colapsos (fragmentaciones diría Kohut) que no son entendidas como irrupciones del proceso primario, sino como reacciones a intrusiones o fallas de la necesaria provisión y apoyo del ambiente. Por ello se ha de pensar la regresión como parte esencial del tratamiento y de la cura (de un nuevo desarrollo).

Para Winnicott este estado de regresión ocurre al servicio de recuperar el verdadero self frente al falso self<sup>xxxix</sup>. Estamos ante paciente que en contra con la realidad externa, han sufrido estados de complacencia abruptos, donde el mundo y sus detalles son reconocidos como algo en cual encajar o que exige adaptarse. Esto conlleva en el individuo una sensación de futilidad junto a la idea de que nada importa y que la vida no merece la pena ser vivida. Muchos de estos individuos viven insertos y atrapados en la experiencia de otra persona. Ello es el resultado de un proceso severo de intrusión.

Como resultado del éxito en los cuidados maternos, en el infante se va construyendo una continuidad del ser que es la base de la fuerza yoica. Mientras que el

resultado de cada falla del cuidado maternal es que la continuidad del ser se ve interrumpida con el resultado del debilitamiento yoico, Tales interrupciones constituyen experiencias de aniquilamiento.

Es esperable que un individuo para defenderse de las fallas ambientales construya una estrategia que permita el congelamiento de dichas fallas. Considera por tanto la idea de regresión como un mecanismo de defensa muy organizado y que implica la existencia de un *falso self*. Este falso self que gradualmente se ha ido convirtiendo en "*yo cuidador*".

Winnicott nos describe una realidad determinada por una vivencia de disociación, que permite un modo esporádico de sobrevivir la vida, hasta que vuelva a surgir alguna retraumatización que rompa el precario equilibrio. Significa una vida tan pérdida que requiere llevar a cabo un segundo comienzo. Como si a través del tratamiento pudiesen surgir condiciones favorables que permitan el surgimiento del estado regresivo y ofrezca la oportunidad para el desarrollo progresivo, aquel que inicialmente fue imposible debido a las fallas ambientales.

El terapeuta ha de prestarse activamente para una buena maternalización. El terapeuta molesto o exhausto podría desestimar o abandonar en la intervención fácilmente a este tipo de paciente. Entender que este paciente experimenta mis faltas de sintonización como presagios de una posible catástrofe, nos invita más a confiar en que el paciente en su regresión busca luchar por seguir adelante.

La situación clínica rememora lo que no puede recordarse en forma explícita. "*Mi contribución consiste en pedir que la paradoja sea aceptada, tolerada y respetada, y que no se la resuelva. Es posible resolverla mediante la fuga hacia el funcionamiento intelectual escindido, pero el precio será la pérdida del valor de la paradoja misma*".<sup>xl</sup> Ello significa sostener la ambigüedad y complejidad, de modo que el paciente traumatado pueda tener la oportunidad de ir descongelándose paulatinamente. Para ello Winnicott nos invita al uso de la ilusión como herramienta.

La ilusión es la posibilidad que nos viabiliza el acceso a la creatividad (no solo para las artes plásticas sino en cada área de la vida). Hace referencia a la sensación omnipotente sana de posibilidad frente al mundo y que sustenta en el apoyo maternal. No hay salud sin un comienzo suficientemente bueno, condiciones relacionales básicas para constituir una confianza razonable en la sensación de uno y del mundo propio. El *espacio de transicional*, o de la ilusión permite al infante desarrollar esta confianza a su propio ritmo.

La adaptación de la madre a las necesidades del niño, cuando esta es suficientemente buena, proporcionan la ilusión en el infante que existe una realidad externa que se corresponde con la propia capacidad de crear del infante. Una superposición entre lo que el niño requiere y la madre provee. Pero junto a la tarea de la ilusión también la madre debe de ir promoviendo progresivamente la experiencia de desilusión. Este escenario de desilusión progresiva permite el manejo propicio de las frustraciones del entorno.

Winnicott describe un camino reconocible en el desarrollo pero también en el trabajo clínico. El espacio transicional se constituye dentro de la ilusión compartida y mantenida a lo largo de un tiempo suficiente, en la diada infante-madre suficientemente



buena, y por extensión, en el sistema paciente-analista. Un ambiente facilitador hasta que el paciente pudiese asumir gradualmente mayor nivel de autonomía.

El analista a diferencia de la madre ha de ser consciente de la sensibilidad que se desarrolla en él en respuesta a la inmadurez y dependencia del paciente. El analista ha de ser capaz de cuidarse y regularse a sí mismo, y asume por ello una realidad independiente de las ansiedades de preocupación del paciente acerca de tener que cuidar al analista.

### **Heinz Kohut. Vislumbrar el sufrimiento oculto:**

Con Kohut nos encontramos ante un trabajo pionero y renovador del concepto freudiano del narcisismo. Abandonando la teoría de las pulsiones, su *psicología del self* estará caracterizada más por observar al paciente en relación al desarrollo del apoyo parental (*objetos del self*<sup>xli</sup>), encargados de promover la experiencia necesaria de solidez, continuidad y valoración positiva. Se trata pues de una clínica particular centrada más en las disrupciones traumáticas del desarrollo, con aquellos pacientes considerados por el *establishment* ortodoxo como no analizables, y que se caracterizaban por una experiencia de fragilidad y vulnerabilidad muy específica. Su trabajo es más un despliegue reconstructivo de experiencias fallidas a través de la indagación empática, que el uso de la interpretación sistemática.

Kohut es sensible a la experiencia de vergüenza que puede provocar la situación clínica *per se*. Por ello invita a escuchar la herida honda, los profundos sentimientos de humillación y vejación que se ocultan detrás de los ataques y protestas que pueda esgrimir el paciente (*"ira narcisista"*<sup>xlii</sup>). Detrás del paciente narcisista arrogante y que se siente con derecho a compensaciones irrisorias, Kohut se pregunta cuál es la causa que ha determinado tal extrema fragilidad.

Kohut va a estar muy atento de las consideraciones traumáticas provocadas por la falta de empatía, pero no sólo parental, sino muy especialmente del propio terapeuta en su interacción analítica. Así como los padres narcisistas confunden los anhelos de desarrollo del niño como una negativa a preocuparse por la necesidad imperante de los padres o como simple inadecuación, esto misma alteración puede ser reproducida por el terapeuta que se indigna ante las conductas iracundas desplegadas por el paciente narcisista. Entonces el efecto traumático deviene en cronicidad cuando el analista sigue apuntalando de manera exigua. Por ello hay que estar muy atento a las posibles acciones que avergüencen o culpabilicen al paciente. Confiar en que la verdad emergerá en un diálogo empático requiere humildad.

Comprender significa percibir procesos del desarrollo inserto en la evolución familiar y la vivencia del niño respecto de la personalidad de sus figuras parentales. Un niño necesita un progenitor que nos responda a aspectos parciales del niño, sino capaz de responder en su totalidad. De modo que la patología ha de ser entendida como una falla en tales procesos del desarrollo y la vinculación indispensable con dichas figuras parentales encargadas de generar experiencias de cohesión, continuidad y valoración. Por tanto el corazón de la *psicología del self* es en el seno de una comprensión empática de la experiencia de vida del paciente, intentar entender juntos como el paciente ha podido

lidiar dichas fallas, crear la posibilidad de un renovado desarrollo que permita la experiencia de un sí mismo cohesivo, continuo y de tonalidad positiva. *“El psicoanálisis informado por la psicología del self no culpa a nadie,...Identifica secuencias casuales, le muestra al paciente que sus sentimientos y reacciones se explican por sus experiencias en los primeros años de vida...con toda la calidez humana que es capaz de desplegar, un observador científicamente objetivo”<sup>xliii</sup>.*

La psicología del self, coloca en el centro de la observación analítica los procesos de ruptura y reparación. No atribuyéndolo únicamente a la resistencia del paciente a reconocer sus pulsiones inconscientes, sino preguntándose más bien en que ha podido participar el analista. Los ataques al analista no necesariamente tienen que ser resistencias, debemos descubrir los significados que tienen para los pacientes el hecho de que los decepcionemos. Aunque Kohut prestaba atención a los malos entendidos, se negó a aislarlos en el aquí y ahora. Una vez aclarados siempre los ligaba a una falla del desarrollo evolutivo del niño.

Detrás de tales comportamientos subyace un intento primario y desesperado que busca proteger una experiencia de fragilidad de sí mismo. Incluso cuando el paciente se resiste a los intentos más esforzados y loables del analista, se cierne a la posibilidad de que de alguna manera el analista pudiese estar errando en la comprensión de la problemática del paciente. *“Si he aprendido una lección a lo largo de mi vida como analista es que lo que mis pacientes me cuentan probablemente sea cierto –que muchas veces cuando creí estar en lo correcto y mis pacientes equivocados, resultó que,..., el hecho de yo estar en lo correcto era superficial, mientras que el hecho de ellos estar en lo correcto era profundo”<sup>xliiv</sup>.*

Kohut nos advierte acerca de nuestras percepciones, de tal modo que seamos capaces de percatarnos de nuestras desconexiones y escuchar las posibles protestas derivadas de ello por parte de nuestros pacientes. La comprensión depende de la conexión.: *“...una y otra vez, en cada sesión, uno tiene que establecer una cercanía empática con el paciente, y hasta que no lo hayan establecido, sus mejores comprensiones no servirán para nada...Uno sabe sin saberlo, que uno está sintonizado. Aquí es donde estábamos ayer y aquí es donde estamos hoy. Pero el verdadero asunto es que, con independencia de la transacción que uno tenga con el paciente debemos provenir del hoy, del ahora, antes de ir a la profundidad”<sup>xliiv</sup>.*

La conexión empática no puede darse por sentada, sino que ha de recobrase y volver a reconstruirla una y otra vez a través del devenir del proceso terapéutico de manera constante. No puede haber comprensión, y por ende una interpretación útil, a distancia. Cuando abandonamos este modo de conexión atento, el paciente se experimenta caos y fragmentación. Se precipita hacia estados disociativos, abatimiento, confusión o desesperación.

La empatía no significa ser afable, sino responder a la necesidad del otro tal y como soy capaz de estar disponible en ese instante. Una apertura al otro que implica la aceptación de que algunas observaciones van en contra de mí, confrontaciones del paciente en relación a errores, desconexiones e hipocresías propias. La mala comprensión del analista (como pudiera ser una explicación a distancia) agrava terriblemente el sufrimiento y el aislamiento emocional de la persona. En su lugar, la clínica de Kohut nos

invita a preguntarnos. ¿Qué aspectos de mi experiencia me impiden, aquí y ahora con este paciente, mantenerme lo suficientemente cerca como para entender su perspectiva, introducirme en su mundo de aflicción, confusión o devastación?. *“La tarea que enfrenta el analista es en gran medida el escrutinio de sí mismo. Sólo su continua y sincera aceptación de los reproches del paciente como (psicológicamente) realistas, seguidas de un intento prolongado de mirarse para dentro y eliminar las barreras internas que obstaculizan su aprensión empática del paciente, al final tienen la oportunidad de cambiar el curso de las cosas”<sup>xlvi</sup>.*

### **Bernard Brandchaft. Liberar el espíritu encarcelado:**

El psicoanálisis intersubjetivo de Brandchaft asume que todos los fenómenos intrapsíquicos son co-determinados. Sean cuales sean las resistencias que surjan a lo largo del tratamiento, estas resultan de la coparticipación de dos personas. Esto supone que los intentos empáticos por entender que han aportado ambos al malentendido, harán avanzar el proceso terapéutico.

Siguiendo a Kohut, ambos terapeuta y paciente durante el tratamiento luchan por mantener y proteger la experiencia cohesiva del *self*. Buscamos lo que hay de genuino en las palabras del otro, esperando que se expandan nuestros propios horizontes. Esperamos entender mejor al otro y, mediante el otro, a nosotros mismos, a través de nuestro mundo compartido. Aprender juntos a través de comprensiones y desencuentros.

En la era de la solución rápida para cualquier problema, Brandchaft epitomiza al maratonista, y no al velocista. De tal manera que si encuentra el camino bloqueado, se detiene a preguntarse cuál es la causa subyacente y no escatima esfuerzos en indagar entre sus propias ideas preconcebidas.

La resistencia es la actitud de los *“héroes enfrentados a la opresión”*. Las resistencias ya no son signos de evasión y encubrimiento. Tampoco únicamente (como conceptualizaría Kohut) la protección de un *self* frente a la fragmentación. Más bien, Brandchaft las conceptualiza como actos heroicos de lucha por la propia supervivencia psicológica ante situaciones de suma devastación. Desde aquí el terapeuta necesita comprender las situaciones de opresión que han provocado la germinación de estos esfuerzos épicos para poder subsistir. *“¡Qué lástima que el psicoanálisis haya adoptado un término (resistencia) para estas supuestas reacciones patológicas...para describir las a veces valientes medidas tomadas por los héroes en busca del derecho a determinar su propio destino!”<sup>xlvii</sup>.*

La resistencia frente a la resistencia o la estructura de *“acomodación psicopatológica”<sup>xlviii</sup>*, es el requerimiento internalizado de renunciar a la propia capacidad de elección para proteger el fundamental vínculo de apego. La persona se visto obligada en elegir entre el vínculo parental necesario para subsistir y su propia sensación de existir. Entonces es como si se viviera a medias, de manera reactiva, enjaulado dentro de pautas de sumisión o rebeldía, *“aprisionados en gulags de nuestra mente”*. La acomodación patológica describe una toma de posesión de todo el ser del niño en desarrollo<sup>xlix</sup>. *“La adhesión preferente a los mandatos de los cuidadores se internaliza en un conjunto de*

*principios patológicos acomodaticios que siguen operando automáticamente fuera de la conciencia para mantener vínculos arcaicos... Su mundo subjetivo está sustancialmente constituido por una realidad originalmente impuesta desde fuera. La conciencia de la experiencia interna no ocupa,..., un papel central en definir y consolidar el sentido de sí mismo... Lo que surge es un patrón automático, invariable...que constituye un enorme impedimento para aprender de la experiencia y una fuente de resistencia al cambio en el análisis"<sup>1</sup>.*

Los sistemas de acomodación patológica implican una usurpación del ser de uno en un nivel tan básico que nada es esencial; un *false self* (Winnicott) que representa un intento por sobrevivir sin sentido real de ser y sin ninguna sensación de sí mismo. *"Es obligatorio que el proceso analítico reinstale el proceso de desarrollo en el punto en el cual fue interrumpido. Eso necesariamente implica que el análisis brinde un escenario donde el paciente pueda vivenciar cualquier angustia que exista en su camino de reclamar la posesión de sí mismo y determinar las leyes que rigen su sensación y definición de sí mismo. Sólo así podrá finalmente depender de otro sin correr el riesgo de entregarle a ese otro la decisión de quien es él"<sup>11</sup>.*

Ningún tipo de interpretación, reflejo o entrega cuidadosa puede llegar al núcleo de una persona tan destruida, Sólo un enfrentamiento decidido, *"mano a mano"*, puede confirmar el derecho a la resistencia. Estos pacientes acuden a consulta en busca de un apego seguro que les permita poner orden a su vida, pero en lugar de ello frecuentemente reproducen la entrega de sí en pos de sostener el vínculo con nosotros. Agudamente perspicaces y susceptibles a cualquier señal de que nos sintamos decepcionados o narcisístamente heridos, ante su falta de progreso. Entonces ocurre que de nuevo estos pacientes se encuentran encerrados no sólo en su modo de hacer interno sino especialmente en la relación terapéutica.

Primero he de preguntarme como se ha podido dar esta situación. ¿Cuál es la causa subyacente que edifico esta épica defensa? ¿En que participo yo para que se reproduzca en la diada terapéutica? Atentos a nuestro impacto sobre el paciente, nos abstenemos culpabilizar cualquier comportamiento, acto o narración. La continua e intrincada reciprocidad de la situación clínica encuentra su paralelo exacto en el desarrollo temprano.

La propuesta de Brandchaft se caracteriza por una observación minuciosa y atenta hacia aquellos signos de nuestro impacto frente a la llamada oposición del paciente. Como nuestra sutil coerción o intento de imponernos llevando la razón genera una respuesta depresiva que ha de ser interpretada como la heroica resistencia del paciente. ¿Estoy reduciendo inconscientemente en lugar de responder?

Puesto que el trauma actúa socavando la construcción del contexto de seguridad imprescindible para que el niño desarrolle un sentido nuclear de confianza y determinación en su ser y expresión, en la interacción terapéutica y la transformación, es obligatorio que se establezca un vínculo relacional de seguridad como objetivo primario y fundamento esencial. La investigación empática sostenida, cuidadosa y no enjuiciadora del significado de tales resistencias conforma el papel central de todo análisis. El trabajo intersubjetivo exige abandonar la consigna ortodoxa de la *no gratificación*.

## CONCLUSIÓN:

Como se concluye de la lectura de este valiente escrito de Orange, el compromiso con el otro que sufre, supone un paso hacia delante que no tiene marcha a atrás, para poder promover un alivio humanitario que transforme de modo duradero a la persona.

Para ello tendremos que ser capaces de construir un campo relacional apuntalado por una actitud compasiva, que supone el abandonar la seguridad que otorga el rol de experto-autoridad y asumir nuestros errores en la participación activa del proceso terapéutico. Imbuirnos en las profundidades del dolor humano, en un mundo compartido y en absoluto ajeno para nosotros, y por ello ser profundamente afectados en el contacto con la persona herida.

Extraigo unas notas finales, originales y muy íntimas de la autora, que reflejan bien el mensaje que Orange nos procura hacer llegar: *"Tú que entrarás por mi puerta en la hora siguiente, con tu singular necesidad a ser satisfecha y abrazada, a pesar de cualquier cosa que yo traiga y que obstaculiza o complica mi compasión, me haces humilde y me cambias. Ante todo tu dolor, tan inmenso que parece que te fueses a morir aquí frente a mí, soy transformada en formas para las que no tengo palabras. Frente a tu desafío de no ignorar tu desesperación,..., soy cambiada. ... Frente a tu historia de violencia y abandono que me recuerda mi propia degradación pero también que compartimos una humanidad, soy cambiada... Como resultado de nuestra participación personal en el sufrimiento del paciente, seremos cambiados"*<sup>lii</sup>

## Referencia:

Orange Donna M., (2013). *El Desconocido Que Sufre*. Santiago de Chile: Ed. Cuatro Vientos.

## Cita bibliográfica / Reference citation:

Aula, B. (2014). Reseña de la obra de D. Orange "El desconocido que sufre" . *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (2): 518-540. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.org.es](http://www.ceir.org.es) ]

---

<sup>i</sup> Borja Aula Carmona es Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta Gestáltico y Relacional. Ejerce profesionalmente en Madrid. Dirección de contacto: [borjaula@cop.es](mailto:borjaula@cop.es)

<sup>ii</sup> Título original en inglés: *The Suffering Stranger. Hermeneutics for Everyday Clinical Practice*.

<sup>iii</sup> La hermenéutica (del griego ερμηνευτικὴ τέχνη [hermeneutiké téjne], arte de explicar, traducir o interpretar) es el arte de interpretar textos. En filosofía (particularmente en la de Hans-Georg Gadamer), teoría de la verdad y el método que expresa la universalización del fenómeno interpretativo desde la concreta y personal historicidad. La hermenéutica intenta descifrar el significado detrás de la palabra y, con ello, intenta la exégesis de la razón misma sobre el significado.

<sup>iv</sup> Orange Donna M., (2013) *El Desconocido Que Sufre*, Ed. Cuatro Vientos, pág. 5.

- <sup>v</sup> Ídem, pág. 6.
- <sup>vi</sup> La idea de que todas las formas de terapia debieran ser comprobables experimentalmente para garantizar su eficacia.
- <sup>vii</sup> Orange Donna M., (2013). *El Desconocido Que Sufre*, Ed. Cuatro Vientos, pág.10.
- <sup>viii</sup> Ídem, pág. 15.
- <sup>ix</sup> Ídem, pág. 16.
- <sup>x</sup> Ídem, pág. 17.
- <sup>xi</sup> Ídem, pág. 19.
- <sup>xii</sup> Ídem, pág. 19.
- <sup>xiii</sup> Ídem, pág. 39.
- <sup>xiv</sup> Ídem, pág. 22.
- <sup>xv</sup> Ídem, pág. 24.
- <sup>xvi</sup> Ídem, pág. 24.
- <sup>xvii</sup> Por sospecha Ricoeur entiende la interpretación de las motivaciones detrás de las afirmaciones de una teoría del significado: impulsos, intereses de clase, deseos de poder,...etc.
- <sup>xviii</sup> Orange Donna M., (2013) *El Desconocido Que Sufre*, Ed. Cuatro Vientos, pág. 25.
- <sup>xix</sup> Ídem, pág. 14.
- <sup>xx</sup> Ídem, pág. 33.
- <sup>xxi</sup> Ídem, pág. 37.
- <sup>xxii</sup> En *Totalidad e Infinito*, Levinas contrapone la idea de totalizar (reducir a los otros a objetos de estudio categorizados) con la de responder ante el otro.
- <sup>xxiii</sup> En este contexto, llamamos rostro a la manera en que se presenta el otro.
- <sup>xxiv</sup> Orange Donna M., (2013). *El Desconocido Que Sufre*, Ed. Cuatro Vientos, pág. 45.
- <sup>xxv</sup> Ídem, pág. 47.
- <sup>xxvi</sup> Ídem, pág. 46.
- <sup>xxvii</sup> Ídem, pág. 52.
- <sup>xxviii</sup> Ferenczi concluyó que su técnica activa era el equivalente del abuso severo por parte de una figura con autoridad, la re-escenificación inconsciente del trauma original a manos de un padre poderoso.
- <sup>xxix</sup> Ernest Jones, biógrafo oficial de Freud, lideró una campaña activa para borrar el pensamiento innovador de Ferenczi y seguramente realzar su propia contribución.
- <sup>xxx</sup> Orange Donna M., (2013). *El Desconocido Que Sufre*, Ed. Cuatro Vientos, pág. 76.
- <sup>xxxi</sup> Orange Donna M., (2013). *El Desconocido Que Sufre*, Ed. Cuatro Vientos, pág. 79.
- <sup>xxxii</sup> Ídem, pág. 79.
- <sup>xxxiii</sup> Esta idea de Ferenczi persiste en los conceptos actuales de "niño parentalizado", "el niño dotado", el "role reversal" o incluso en la idea de resiliencia.
- <sup>xxxiv</sup> Orange Donna M., (2013). *El Desconocido Que Sufre*, Ed. Cuatro Vientos, pág. 88.
- <sup>xxxv</sup> Un teratoma (del griego teras-, teratos "pesadilla", "monstruo", y -oma "tumor", "hinchazón") es un tumor encapsulado muy diferente en comparación al tejido circundante del área en el que crece. Los tejidos del teratoma, aunque son normales en sí mismos, pueden ser muy distintos de los tejidos que los rodean.
- <sup>xxxvi</sup> Orange Donna M., (2013). *El Desconocido Que Sufre*, Ed. Cuatro Vientos, pág. 93.
- <sup>xxxvii</sup> Ídem, pág. 106.
- <sup>xxxviii</sup> Ídem, pág. 143.
- <sup>xxxix</sup> Falso self refiere al sistema de autoabnegación desarrollado con la finalidad de sobrevivir cuando se ha perdido el apoyo "suficientemente bueno" para la individualidad única.
- <sup>xl</sup> Orange Donna M., (2013) *El Desconocido Que Sufre*, Ed. Cuatro Vientos, pág. 154.
- <sup>xli</sup> *Selfobject* es usado por Kohut para designar al otro que es utilizado por el infante como apoyo para su sentimiento de cohesión, continuidad y valoración. Posteriormente el *selfobject* no puede ser vivenciado separado de uno sino como algo integrado en la experiencia.
- <sup>xlii</sup> La ira narcisista propia de los pacientes de Kohut, están al servicio de ambiciones legítimas y no como manifestaciones de una pulsión de muerte subyacente. Detrás del iracundo narcisista hay una capacidad precaria e insuficiente para poder autoafirmarse.
- <sup>xliiii</sup> Orange Donna M., (2013) *El Desconocido Que Sufre*, Ed. Cuatro Vientos, pág. 176-7.

---

<sup>xliv</sup> Ídem, pág. 178.

<sup>xlv</sup> Ídem, pág. 179-80.

<sup>xlvi</sup> Ídem, pág. 184.

<sup>xlvii</sup> Ídem, pág. 208.

<sup>xlviii</sup> Entendiendo su distinción de la acomodación ordinaria y necesaria que forma parte del aprendizaje y relación cotidiana con el entorno. La acomodación patológica es resultado de un trauma relacional severo y prolongado.

<sup>xlix</sup> "Si tú no eres lo que yo necesito que seas, no eres para mí"

<sup>i</sup> Orange Donna M., (2013) El Desconocido Que Sufre, Ed. Cuatro Vientos, pág. 215.

<sup>ii</sup> Ídem, pág. 213.

<sup>iii</sup> Ídem, pág. 105.