



Consideraciones acerca del espacio transformacional como un fenómeno transicional, una ilusión necesaria¹

Antonio A. Tinajas Puertas², Carmen Rosado Texeira³ y Mercedes Casco Barbero⁴

Cáceres, España

En contraposición a los mecanismos intersubjetivos favorecedores de la patología psíquica y que conllevan la negación en menor o mayor medida de lo real, se presenta, al filo del material clínico, *la verdad del interés por el otro que demanda o que sufre* como condición necesaria para la instauración de la esperanza. Esperanza genuina entendida no sólo como una actitud subjetiva, sino que co-creada y compartida en el espacio de la relación terapéutica se constituye en una aptitud imprescindible para el cambio psíquico.

Palabras clave: verdad, esperanza, delirio.

In contrast to intersubjective mechanisms that benefit psychic pathology and involve, in some extent, the negation of reality, *the truth about the interest of the other who demands or suffers* as a necessary condition to the establishment of hope is put forward just before the clinical material. The genuine hope, understood not only as a subjective attitude but also as a co-created and shared one into the space of the therapeutic relation, becomes an essential aptitude for psychic change.

Key Words: truth, hope, delusion.

English Title: Considerations on transformational space as a transitional phenomenon, a necessary illusion.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Tinajas Puertas, A. A., Rosado Texeira, C. y Casco Barbero, M. (2014). Consideraciones acerca del espacio transformacional como un fenómeno transicional, una ilusión necesaria. *Clinica e Investigación Relacional*, 8 (3): 362-371. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

Introducción

En el año 1914 Freud escribe uno de sus más brillantes escritos técnicos titulado *Recuerdo, repetición y elaboración*. Desde entonces sabemos que para no repetir constantemente nuestro pasado en nuestra vida se requiere la introducción en el psiquismo de una variable que, de otro modo, su falta subrayaría la repetición patológica. Tal variable es el tiempo. Con esta preciosa intervención que viabiliza el psicoanálisis el sujeto puede, finalmente, hacer de su pasado su historia.

En este sentido escribir sobre Esperanza ha resultado fácil.

Un amigo, dotado de la fina ironía leonesa me preguntaba si nuestra comunicación trataba sobre una virtud teologal, un estado de ánimo o un recurso terapéutico. Y no: *Esperanza* es el nombre que hemos elegido para nombrar a nuestra paciente queriendo aludir con él a la constante, no siempre visible, que fundamentó en todo momento su tratamiento, los años posteriores a su difícil finalización y aun hoy, es la constante afectiva que cimenta nuestros pensamientos sobre ella.

Una actitud esperanzada surge de un sentimiento que se destila cuando se considera sin prisa el concepto de *confianza básica* de Erikson, *esperanza* entendida como una *modificación intencional del presente* (N. Abraham, 1978) hacia un futuro mejor.

No ha resultado difícil escribir sobre este caso porque con Freud pensamos que todavía no hemos podido introducir en él definitivamente el tiempo, de modo que escribimos del presente. Los años transcurridos desde la finalización/separación analítica, tal vez nueve, sólo parcialmente han ido conformando las páginas de nuestra historia de Esperanza.

Desde esta óptica la presente comunicación, en sí misma, forma parte de lo que entendemos puede ser considerado un espacio de transformación de una pérdida. Y como sabemos que una pérdida jamás es única nos preguntamos, después de 9 años, qué pérdida motiva nuestra comunicación en busca aun de su espacio para ser transformada en pena.

Este trabajo, informal, está estructurado en tres apartados:

Primero

En primer lugar consideraremos algunas peculiaridades del desarrollo y finalización del proceso terapéutico de Esperanza.

Diagnosticada en distintos momentos de su vida como “*paciente límite*”, “*trastorno límite de la personalidad*” o “*psicosis melancólica con defensas de tipo histérico*” Esperanza es una competente profesional especialista en radioterapia, casada y madre de dos hijos. Escondida en la niebla de las palizas y los malos tratos desde su infancia, trae consigo un historial salpicado con dudosos intentos de suicidio, todo tipo de conductas inopinadas y una claridad meridiana acerca de su mal: “*mi marido es mi enfermedad*” (sic registro de sesiones).

El tratamiento de Esperanza transcurrió durante seis años y ocho meses según los parámetros clásicos de un tratamiento combinado en psicoterapia psicoanalítica (R.S. Wallerstein, 1986) a un ritmo de tres sesiones semanales y medicación bajo control facultativo.

Una característica peculiar de este tratamiento fue la intensa atención que exigió el entorno familiar de la paciente. Una figura principal de su violento entorno familiar fue la pareja de Esperanza. Lejos de ser en ningún momento una ayuda, este siniestro personaje -a la sazón un auténtico pelele- gravitó constantemente en forma de todo tipo de amenazas -incluso amenazas de muerte- sobre la paciente y su terapeuta. Se trataba de una persona con un típico perfil maltratador, con fuertes componentes psicopáticos, considerable poder político que se extendía sobre los psiquiatras que atendían a su mujer y una inequívoca ascendencia sobre la familia de Esperanza que remitía a groseros intereses, particularmente y siendo una familia oncológica, importantes beneficios en la utilización tramposa del sistema sanitario.

De acuerdo con la amable sugerencia del Dr. Coderch nuestra paciente ejemplifica paradigmáticamente los postulados de M. Balint sobre el origen de su enfermedad fundamental, la *falla básica* y la incidencia subsiguiente de los *factores complementarios*. Estas y otras aportaciones fundantes del psicoanálisis relacional han sido magníficamente sintetizadas por nuestra compañera Neri Daurella en su última publicación titulada *Falla básica y relación terapéutica. La aportación de Michael Balint a la Concepción Relacional del Psicoanálisis*.

Nos dice Balint: “*a mi juicio, el origen de la falta básica puede remontarse a una aguda discrepancia entre las necesidades biopsicológicas del individuo y los cuidados psicológicos y materiales que se le brindaron como la atención y el afecto (...). La causa puede ser congénita (...) o ambiental, como cuidados insuficientes, deficientes, fortuitos, o una actitud demasiado ansiosa, o sobreprotectora o áspera, rígida, groseramente incoherente, inoportuna, sobreestimulante o sencillamente incomprensiva o indiferente (...) pongo el acento en la falta*

de “ajuste” entre el niño y las personas que representan su ambiente” (Balint, M., 1979, p.36).

Hemos registrado sólo algunos ejemplos de estos graves desajustes parentales en la crianza de Esperanza ya desde su nacimiento y hasta su edad adulta, pudiendo encontrar el factor desencadenante de su enfermedad clínica, aquello que finalmente la quebró, en el cruce de su vida con un sujeto tan destructivo como lo fue su pareja.

“Yo no fui una hija deseada. Mi hermano tenía x (escasos) meses cuando ella se quedó embarazada de mí y se le cayó el mundo encima” (sic historia clínica)

“Yo me di cuenta de que mi padre no quería a mi madre nada. Aunque eso ya lo sabía yo (...) Mis padres nunca se llevaron bien (...) se llevaban fatal” (sic historia clínica)

“Mi madre tenía temporadas en las que se metía en su habitación y no salía a lo mejor durante un mes. Sí, la oíamos llorar pero no podíamos verla. Y esto siempre ha sido así. Se ponía mala y se encerraba. Colocaba la cómoda detrás de la puerta y no la veíamos en todo el tiempo. Hacía vida de noche. Luego, un día salía como si no hubiera pasado nada” (sic historia clínica)

“Con siete años mis padres se fueron en Nochevieja a un cotillón en X (ciudad a 85 kms.del domicilio familiar), y me dejaron sola teniendo que cuidar a I. (su pequeña hermana) que tenía x (escasos) meses. Mi hermano no estaba porque estaba en el pueblo con mis abuelos. Al amanecer, cuando mis padres llegaron a casa me despertaron y me dieron bien porque estábamos dormidas en la salita y no en el dormitorio” (sic. historia clínica)

“Mi padre me ha pegado siempre con un cinturón elástico que tenía encima del armario. Lo tenía sólo para eso. Mi padre me pegaba fríamente. Cuando llegaban las notas decía: “esperaros ahí” y luego decía: “que pase el primero”, y daba igual, cualquiera de los dos era el primero. Pero cuando salí con F. (pareja de juventud) me pegaban los dos. Se aliaron. Me pegaba mi madre y mi padre también, cada uno por su lado. (...) Eran auténticas palizas, desde siempre, desde que me empezó a quedar el francés que podía yo tener 8 ó 12 años, no lo sé. Me daba entre el uniforme y el calcetín, en ése trozo, para que no se viera”
“Mi madre se iba a la última habitación de la casa, que era muy grande, cogiendo a mi hermana I. que tendría 2 ó 3 años, yo tenía entonces 10. Y yo no lloraba. Mi hermano imploraba, lloraba, gemía. Y yo quieta. Yo no lloraba. Mi madre decía: “le has dado un mal golpe, un día la vas a matar” y mi padre me gritaba: “¡llora!, ¡por lo menos llora!” y lo decía alto para que ella lo oyera, para que yo viera que ella estaba ahí” (sic historia clínica)

“La última paliza me la dió mi padre justo un mes antes de casarme, con x (entorno a 30) años. Debió pensar: “ahora le toca a éste” (sic historia clínica)

Pese a ser heredero de tal trayectoria vital el vínculo terapéutico supo vencer los graves escollos externos que amenazaban por doquier su desarrollo y que inefablemente encontraban su imbricación en la patología de Esperanza del mismo modo que supo ayudar a esta buena persona a restaurar suficientemente su personalidad como para que pudiera preferir vivir a morir.

Conseguidos los objetivos terapéuticos el fin de tratamiento se acordó algunas sesiones antes de la interrupción en Navidad, y a ocho meses vista, es decir, Julio sería el último mes de tratamiento.

Sin embargo ese Enero no es posible retomar las sesiones. Un mensaje advierte desde el contestador automático:

“Soy Esperanza y éste es un mensaje para Z.: me tengo que ir inmediatamente a Madrid, salgo el lunes después de comer. Si puedes necesitaría verte antes” (sic).

El mensaje es escuchado a la vuelta de vacaciones y aquella misma mañana Esperanza puede explicar a su terapeuta qué pasa:

“Me muero (). Me muero Z. Tengo un cáncer xxxxxx (muy agresivo). No hay metástasis pero xxxx (pero estoy invadida). Aquí no es operable y hoy marchó a (Hospital Y) porque mañana me ve el cirujano. Allí el Servicio de Cirugía es uno de los que mejor pueden operar este cáncer. Aunque sé que no hay salvación posible. Se me derrumba todo lo que hemos construido (). Si me muero ¿querrías ir a ver a mis hijos?” (sic registro post-sesión)

Durante las Navidades comenzaron las hemorragias y un dolor muy intenso. El ingreso en el hospital fue el día 30 de Diciembre. Es decir, *a los 15 días de haber comenzado a terminar su tratamiento*. A través de los contactos de su marido ha podido gestionar rápidamente tanto el diagnóstico como la localización del profesional que le operará inmediatamente.

Ha sido diagnosticada de un tipo de cáncer extraordinariamente agresivo en un estadio 3 sobre 4. Al parecer, y según la comunicación de la paciente que busca denodadamente saber sobre su estado -recordemos que es una clínica altamente especializada- no existe tratamiento para este tipo de tumor. El índice de supervivencia de los casos en este estadio al año de la operación es mínimo, el 4%. A los dos años 0%.

La operación es extremadamente grave y agresiva, pero por otro lado resulta ser una operación modelo al punto de ser grabada (sin consentimiento previo de la paciente) para, como le explicó el cirujano posteriormente, ser estudiada de cara a un congreso internacional.

A pesar de ello, dos meses escasos después de la operación, Esperanza retoma su tratamiento psicoanalítico. A partir de ese momento tiene graves dificultades para tumbarse en el diván porque su herida y el progreso de las adherencias postcirugía le impiden cualquier postura cómoda, sea sentada o tumbada.

“¡se nos escapó xxxx (el órgano afectado) Z.! ¡se nos escapó xxxx!” (sic registro de sesiones)

Segundo

En este segundo momento estudiamos las consideraciones teóricas que pudieron dar sentido a los fenómenos inopinados aparecidos en el final del tratamiento de Esperanza.

Estos fenómenos son referidos a su vertiente psíquico-transgeneracional cual fuera trabajada a lo largo de todo el tratamiento con Esperanza. Es decir, en su momento se analizó en profundidad qué pudo significar la presencia del cáncer en las generaciones que le preceden y las vías de transmisión a través de las cuales tal indeseable *legado generacional* pudiera llegar a sus manos (Kaës, R. (1993); Kaës R. y cols. (1993); Bollas C., (1987)).

Este testigo generacional en su forma de *fantasía temida* fuerza efectivamente nuestra atención y motiva su análisis. En su forma genética es causa de controles permanentes y revisiones médicas periódicas para, después del estallido súbito del cáncer clínicamente mortal, tener que abordar su estudio desde una perspectiva diferente: ¿fue a través de la fisura de lo que *no pudo ser pensado con otro que no tuviera miedo* lo que favoreció su emergencia?

En tales planteamientos y referidos al proceso vital y terapéutico de Esperanza, los postulados de *psicosis blanca* (A. Green, 1983; 1986; 1995), función materna del *porta-voz* de (P. Aulagnier, 1975; 1984) y *mentalización inadecuada* (P. Fonagy, 1999, 2001; Fonagy, P. & Target, M. (1995; 1996)) dan cuerpo a la apoyatura teórica imprescindible a los terapeutas para no caer en la desesperación absoluta del sinsentido de la imposición brutal de la muerte en el momento mismo de alumbrar la vida.

Debemos subrayar que desde nuestra perspectiva no es tan importante la exactitud de nuestra interpretación del caso como la función elaborativa y estructurante que cumplen el estudio teórico y la construcción de hipótesis clínicas, simples hipótesis sobre el devenir del tratamiento y la vida de nuestra paciente formuladas con absoluto respeto y aquilatadas en la lectura atenta de autores escogidos.

Tercero

En tercer lugar nos preguntamos acerca de la motivación de la elección de nuestra comunicación, justamente en este lugar, que es un lugar habitado por todos nosotros; en este espacio que es un espacio mental igualmente creado por nosotros y en este tiempo que es un tiempo finito para todos.

Se trata de aproximarse al por qué de la especial necesidad de elaboración -como persona y terapeuta- de la peculiar finalización del tratamiento de Esperanza. Este imperativo resulta especial al menos en un doble sentido: en exigencia de trabajo y en tiempo. La respuesta a ésta pregunta nos viene dada de la mano de D. W. Winnicott: es preciso aceptar la existencia de un mundo externo a nuestra subjetividad, un mundo contingente que nuestra subjetividad no puede dominar, bien al contrario en ocasiones se impone sobre ella de modo brutal. La ilusión será la apoyatura psíquica para ése área intermedia de experiencia entre la realidad interna y la realidad externa que haga posible la vida.

Una vez finalizado el proceso terapéutico los fenómenos en él acaecidos son repensados. Entre ellos destaca la necesidad contratransferencial de mantener una -tal vez- excesiva idealización de la *imago* materna a lo largo del tratamiento: ahora es considerada también como una defensa frente a las propias tendencias idealizadoras de tal figura en la vida psíquica del terapeuta.

Probablemente fuera necesaria tal función idealizadora para la supervivencia de la paciente. Dado que la vida no tiene “marcha atrás” es imposible responder a la pregunta de qué hubiera pasado si se hubiera destruido completamente tal idealización o si hubiera sido posible una des-idealización parcial, pero Green advierte sobre ello: “*cuando existe esta estructura de blancos, que son protegidos por una barrera tan fuerte, si la barrera cede está el peligro de la invasión de este espacio psíquico por pulsiones en estado bruto, salvaje, no elaborado, de un carácter terriblemente destructor.*” (A. Green 1995, pp.192-193).

¿Ocurre entonces que detrás de este mantenimiento de *excesivo* monto en la idealización materna se esconde un *cadáver exquisito* (Abraham, N. & Torok, M., 1987) que desea cobrarse su tributo en carne?

N. Abraham y M. Torok apoyarían esta tesis. En una línea teórica original, aun cercana a Green, afirman: *“(...) existe aun otro modo de la cripta –recordemos que para estos autores la cripta es un concepto metapsicológico que apunta a un lugar cerrado del Yo, resultado de un mecanismo, especie de anti-introyección, que denominan “inclusión” y que “es comparable a la formación de un capullo alrededor de la crisálida”- esta cripta, la del objeto sin tacha y sin reproche que, tras el idilio, abandonó al sujeto (...) por entero, a su pesar. Este objeto fue absolutamente bueno, absolutamente perfecto -al igual que la idealizada imago materna en Esperanza- y nadie puede dudar de su amor secreto. La pérdida de un objeto semejante, siempre inocente del abandono da lugar (...) a una identificación endocríptica exenta de toda agresividad (...). Esta sería la cripta que la psiquiatría llamaría “melancólica”*” (N. Abraham y M. Torok, 1987, p. 273).

Una lectura complementaria sugeriría que finalmente la madre regresa sin llamar a la puerta para, de un certero zarpazo, saciar su apetito en el cuerpo de la hija: *“puede que vivir me haya costado xxxx (el órgano infectado)”* afirma Esperanza en su última sesión.

Para nuestra paciente “endocríptica” la enfermedad que afecta mortalmente a su cuerpo le habla sólo a ella, no se dirige al terapeuta. Esperanza mantiene el íntimo anhelo de reunirse un día con la experiencia encriptada. Abraham y Torok no dudan: *“la cara oculta de las mayoría de las enfermedades llamadas “psicosomáticas” es el “retorno”, en dolor, en la enfermedad, en la catástrofe fisiológica, del “muerto-que-lleva-el-duelo”. El sujeto psicosomático no es capaz de producir la fantasía melancólica (...) aceptarla, aunque fuera inconscientemente, significaría revivir el traumatismo narcisista autodestructor de la separación”* (N. Abraham y M. Torok, 1987, p.282).

Y ciertamente el cáncer se presentó de modo brutal, catastrófico. Esperanza está a tal punto en la piel de su madre que la tiene encarnada en su órgano enfermo. Unidas para siempre: *“yo, sufriendo en mi cuerpo, reedito el dolor que tú, madre, sientes por haberme perdido cuando me dejaste”*.

¿Y qué sucede con la idealización de la *imago* materna del terapeuta?. En último término este largo proceso de duelo que aquí esbozamos es considerado como la gestión adecuada o inadecuada (nuevamente el tiempo lo dirá) de una ilusión necesaria, probablemente correlato de una des-ilusión/des-idealización maternal forzada que nos ponga a resguardo de la *contingencia* existencialista. Es decir, de sentir y considerar nuestra existencia y la del otro que sufre como gratuita, gratuito nuestro trabajo y el del otro sin que exista justificación o necesidad alguna para ello. Escribimos confiados en que nuestro tributo

posea un carácter mental, en que nosotros no tengamos que pagar en carne nuestra condición dependiente.

D.W. Winnicott (1979) define el fenómeno transicional como una zona intermedia entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto que permite un espacio de fantasía. Los fenómenos transicionales posibilitan conservar la energía psíquica necesaria para la reorganización del aparato psíquico una vez éste ha sufrido una pérdida.

A falta de una religión compensatoria, y siendo irrenunciable en nosotros la espiritualidad conceptualizamos el espacio de transformación como una ilusión necesaria, “*superposición plausible entre lo deseado y lo real*” de manera asumible y tolerable que nos aleje de la dirección del engaño que conduce a la perversión o del doloroso camino del delirio, para lo cual ha de obtener su correlato en lo real, ilusión campo de expresión del fenómeno transicional donde la comunicación con el *otro dispuesto a escuchar* deviene en objeto transicional: “*por lo general el objeto transicional se descarga poco a poco, en especial a medida que se desarrollan los intereses culturales*” (D.W.Winnicott, 1979, p. 32).

Somos conscientes pues de nuestra necesidad de una fantasía donde tenga sentido que hoy estemos hablando aquí, donde tenga sentido lo que decimos y que sea verdad que nos escucháis, que deseáis escucharnos, donde cobra sentido crear este espacio de transformación de nuestra pérdida -de nuestra muerte- porque sin esta fantasía la vida no es posible.

REFERENCIAS

- Abraham, N. & Torok M. (1978). *La corteza y el núcleo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2005.
- Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1977.
- Aulagnier, P. (1984). *El aprendiz de historiador y el maestro-brujo: del discurso identificante al discurso delirante*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Balint, M. (1979). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1989.
- Bollas, C. (1987). *La sombra del objeto*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992.
- Daurella, N. (2013). *Falla básica y relación terapéutica. La aportación de Michael Balint a la concepción relacional del Psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional.
- Fonagy, P. (1999). Apegos patológicos y acción terapéutica. En *Aperturas Psicoanalíticas* <http://www.aperturas.org/4fonaqy.html>.
- Fonagy, P. (2001). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Espaxs S.A., 2004.
- Fonagy, P. y Target, M. (1995). Towards understanding violence: the use of the body and the role

- of the father. En *International Journal of Psycho-analysis* 76, 487-502.
- Fonagy, P. y Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. En *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-233.
- Green, A. (1995). Conversaciones con André Green. En *Psicoanálisis APdeBA*, Vol. XVII (1) 192-193.
- Green, A. (1986). *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1988.
- Green, A. (1983). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1989.
- Kaës, R. (1993). *El grupo y el sujeto de grupo. Elementos para una teoría psicoanalítica del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1995.
- Kaës, R.; Faimberg, H.; Enriquez, M.; Baranes, J. (1993): *Transmisión de la vida psíquica entre*
- Wallerstein, R.S. (1986). *Los tratamientos psicoanalíticos. Una perspectiva histórica*. Barcelona: Hogar del Libro, 1991.
- Winnicott, D. W. (1979). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 2008.

Original recibido con fecha: 23-4-2014 Revisado: 17-10-2014 Aceptado para publicación: 27-10-2014

NOTAS

¹ Comunicación a las Primeras Jornadas Ibéricas de Psicoanálisis Relacional. Cáceres, 9 y 10 de Mayo de 2014.

Correspondencia: auxano@telefonica.net

² Psicólogo clínico, psicoterapeuta psicoanalítico, miembro del Instituto de Psicoterapia Relacional (IPR), y de Auxanô Psicología Clínica y Psicoterapia. Cáceres, España.

³ Psicóloga clínica, psicoterapeuta psicoanalítica, miembro del Instituto de Psicoterapia Relacional (IPR) y de Auxanô Psicología Clínica y Psicoterapia. Cáceres, España.

⁴ Psicóloga, Miembro Asociado en formación de Auxanô Psicología Clínica y Psicoterapia. Cáceres, España.