

Convertirse en psicoterapeuta

Becoming a psychotherapist

RAFAEL ARROYO GUILLAMÓN

Hospital de Día de Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

Correspondencia: arroyoguillamon@gmail.com

Recibido: 20/11/2016 ; aceptado con modificaciones: 21/02/2017

Resumen: Reflexionamos sobre el período de formación y los primeros años de práctica clínica del psicoterapeuta a partir de una experiencia personal de trabajo psicoterapéutico, de orientación psicoanalítica y con pacientes graves. Se destaca la importancia de incluir en la práctica diaria el trabajo sobre la dimensión emocional del terapeuta, sin relegarlo únicamente a su análisis personal y a las supervisiones. Desde la asunción de su falta, que implica la existencia del Otro, el profesional ejercerá su labor no tanto como una técnica aprendida mediante el entrenamiento de ciertas habilidades y destrezas, sino como un arte en el que su singularidad y su creatividad supongan la causa y motor de su función. Se cuestiona además el uso clásico de la interpretación en psicoanálisis, para proponer intervenciones que, a través de puntuar de otra forma el discurso del sujeto, le ayuden a establecer una nueva lectura de su decir.

Palabras clave: psicoterapia, sujeto, Otro, interpretación psicoanalítica, trastorno mental grave.

Abstract: This study analyses the training period and the first years of clinical practice of psychotherapists based on a personal experience of psychotherapeutic work of psychoanalytic orientation with patients with severe mental disorders. It highlights the need to include in daily practice a certain work on the therapist's emotional dimension, this being

understood beyond personal analysis and supervisions. Assuming their lack, which implies the existence of the Other, professionals will be able to work not so much as technicians who have acquired certain skills, but as artists whose own singularity and creativity are reasons and driving forces their work. The traditional use of interpretation in psychoanalysis is also put into question. Instead, we suggest specific interventions using a different grading of the subject's speech to help the psychotherapist making a new reading of their discourse.

Key Words: psychotherapy, subject, Other, psychoanalytic interpretation, severe mental disorder.

DE GRIETAS Y CARENCIAS

ADIFERENCIA DE OTRAS ESPECIES, los seres humanos nacemos en tal situación de dependencia que empleamos gran parte de nuestra vida en intentar rellenar las grietas que conlleva recorrerla. En situaciones especialmente difíciles, como pérdidas o grandes cambios, advertimos dichas fisuras por las que repetidamente asoman las primeras angustias infantiles y los fantasmas de soledad y desvalimiento.

Es a través de momentos de encuentro con otros que vamos pudiendo elaborar estos sentimientos. Existen pocas vivencias más placenteras que sentirse reasegurado por la mirada o el gesto de otro; en tanto te reconoce como sujeto único, diferenciado del resto, solidifica, por decirlo así, el cemento que mantiene unida nuestra estructura. Algunos psicoanalistas afirman que la repetición de experiencias de este tipo abre camino al proceso de maduración. Cada una de ellas reedita el encuentro con nuestros primeros cuidadores y con ello, al decir de Freud, la majestuosa experiencia del narcisismo sano. Se va adquiriendo consistencia, vigor y coherencia del *self*, como expresarán algunos de sus seguidores.

El psicoterapeuta no es una excepción. Hecho como todos de carencias, se presenta con su colección personal de grietas frente a otros seres (supuestamente más carentes que él) a los que pretende “enseñar” a lidiar con las suyas. Sería deseable, entonces, que pudiese identificar cuándo su tarea le hace reabrir sus propias heridas. E igualmente, aunque resulte más complicado, si se está abandonando a la idealización del paciente, lo que suele provocar tanta tranquilidad como peligro. Ambas situaciones pueden bloquear nuestra capacidad de reflexión y oscurecer momentos importantes del proceso terapéutico.

No hace mucho, al regresar a casa del trabajo, se me imponía repetidamente la imagen del padre de un paciente, llorando mientras relataba esa mañana, en presencia de su esposa y su hijo, la más difícil de las descompensaciones psicóticas del

chico. Durante las pocas semanas que esta familia llevaba en contacto con nuestro centro, donde atendemos diariamente a personas con trastorno mental grave y a sus familias, ambos padres depositaron gran esperanza en el tratamiento y se mostraron muy solícitos y colaboradores. Puesto que se manifestaron especialmente receptivos conmigo, el equipo no dudó en asignarme el caso para aprovechar el buen comienzo del vínculo, aunque la experiencia ha demostrado que esto no garantiza la evolución posterior.

PENSARSE

No deja de ser una anécdota de las muchas que se viven en la convivencia psicoterapéutica con pacientes graves. Ni siquiera es de las más llamativas. Precisamente por esto, ¿qué hace que determinadas escenas nos provoquen más impacto que otras? Estar atentos a lo que nos hace sentir el paciente, ¿es útil para su proceso? ¿Puede ayudarnos a mejorar su malestar?

Muchos psicoanalistas opinan que estas cuestiones deberían quedar circunscritas al análisis personal del terapeuta y a las supervisiones. Advierten del peligro de deslizarnos hacia el terreno de lo imaginario: de las identificaciones y proyecciones, del tú a tú con el paciente, de la pérdida de asimetría, etc., que nos convierten en espejos y entorpecen las posibilidades de cambio. Otros, sin embargo, abogan por que el terapeuta pueda dar cabida a estas reflexiones en el aquí y ahora de la sesión, e incluso trabajar con ellas junto al paciente.

Es cierto que pensar en nuestras respuestas emocionales, la denominada contratransferencia, invita a bregar con nuestras “partes enfermas”, que debieran estar ya adecuadamente analizadas o, al menos, a salvo de contaminar al paciente. Pero ¿no nos protege también de los peligros de caer en sus trampas? —que, por otro lado, no se evitan por dejar de mirar en esa dirección—.

De hecho, de mis primeros años de trabajo psicoterapéutico con pacientes graves destacaría, muy por delante de otras cuestiones, la gran variedad de emociones, tan intensas y cambiantes, que afloran en la relación terapéutica, y, muy especialmente, en ambientes donde la convivencia es la principal herramienta de trabajo. Con frecuencia, esta avalancha emocional —y más aún siendo profesionales noveles— nos lleva a cometer mil errores. Podemos reconocerlos en las supervisiones, donde los nombramos como contractuaciones o *actings*. Sin embargo, estas sensaciones, a medida que se van atenuando con los años, son como el termostato que en determinados aspectos nos indica nuestro progreso como terapeutas. Con “atenuando” no me refiero a que desaparezcan. Más bien que, aunque sigamos viviendo sensaciones incómodas y cometiendo errores, podamos identificarlos, comprenderlos mejor y, sobre todo, aprovecharlos para la mejoría del paciente. Lo

que, en mi opinión, distingue los dramáticos *actings* de lo que ahora denominamos *enactments* (1,2).

Reconozco en mis inicios, como ahora en otros compañeros que comienzan su andadura en el campo de la salud mental, la desesperación en algunas circunstancias, la dificultad para desconectar del trabajo horas después de finalizar la jornada o los primeros sueños con pacientes; aunque los creyésemos casuales, la vergüenza que sentíamos al relatarlos revelaba cierta angustia ante la intromisión de lo enfermo en nuestro mundo interno. Quizá lo enfermo (mejor dicho lo humano) no tenía que entrar, pues ya estaba dentro. *Primera lección del aspirante a psicoterapeuta: imposible conseguirlo sin pensarse.*

SIN TI... SOY NADA

Sabemos que, sobre todo durante los primeros años de formación, es muy importante para el psicoterapeuta “sanear” su mente. Para evitar que aspectos personales interfirieran en las personas atendidas. Para reducir al máximo los puntos ciegos durante el proceso. Para digerir las angustias que sobre nosotros depositan los pacientes. No obstante, alcanzar una cierta soltura en estas cuestiones resulta complicado si no aprendemos de/en la experiencia, lo que inevitablemente requiere caer en el juego de espejos en que te introduce inconscientemente el paciente. Al menos en la atención a pacientes graves, donde parecen no bastar la terapia personal ni las supervisiones, se requieren la vivencia *in situ*, los encuentros fallidos y una reflexión posterior que incluya la dimensión emocional del terapeuta. Esta dialéctica imaginaria es sincrónicamente tan perturbadora como enriquecedores son los conocimientos que aporta en la diacronía de la formación del profesional. Ahora bien, no quedar atrapado en ella depende de la concepción que tengamos del ser-estar junto a otros.

Muchos autores nos hicieron reparar en cómo influyen en la vida del futuro bebé los pensamientos que ambos progenitores le dedican antes de su nacimiento. Las fantasías sobre qué sexo tendrá, las ilusiones acerca del tipo de persona en que se convertirá, los posibles nombres o apelativos con que empieza a existir en la cabeza de sus familiares, etc. Todo ello lo funda como sujeto (es decir alguien sujetado, ya fijado en una identidad por otro) antes de que se haga carne. Mucho antes, por tanto, de lo que la biología considera el comienzo del individuo. Cuando el bebé adviene al mundo podríamos decir que ya es viejo en su existencia. Ex-sistencia, dirán algunos, para puntuar esta dimensión que nos precede y queda por fuera de nuestros límites somatopsíquicos. Este proceso continúa tras el nacimiento gracias a las múltiples identificaciones que precipitan en nuestro yo; además de núcleo de nuestro ser, como dirá Lacan, el yo es una ficción, un espejismo, un conglomerado

de huellas dejadas por el deseo del Otro¹. Nacemos y vivimos, afirmará, en “inmixción de otredad” (3).

Se entiende así la condición de dependencia a la que aludíamos al comienzo y de la que, en términos psíquicos, carecen otras especies. Encontramos en los animales una tendencia instintiva al encuentro con otros, pero esta es fundamentalmente biológica. Su principal finalidad es la perpetuación de la especie a través de la descarga sexual. Esas fueron también las primeras reflexiones de Freud sobre la libido como buscadora de placer. No obstante, sus desarrollos posteriores fueron tomados por otros autores para destacar que, junto a esta dimensión animal, el ser humano, como Sujeto (sujeto del inconsciente, tocado desde su nacimiento por la palabra), esto es, en su dimensión psíquica, no existe sin el Otro. Puesto que nacemos ya hablados y pensados por otros, nuestro ser es siempre descentrado. No es una presencia *de novo*, sino que somos inexorablemente seres referidos, del orden de la sustitución, la metáfora, el símbolo, etc. Podríamos decir que, en tanto estamos conformados por palabras (del Otro), somos “habladurías”.

SER PENSADO

En la práctica clínica nuestra capacidad de autoobservación –aun entrenándola– es limitada. Resulta sencillo reconocer qué situaciones o qué tipo de pacientes hacen saltar nuestros resortes. Escuchamos en ocasiones frases como “no soporto la urgencia” o “no puedo con tales pacientes”. Otras emociones, a veces positivas, asociadas a otro tipo de pacientes o a otros encuadres pueden pasar desapercibidas, fijando estereotipos o vicios de los que en adelante sea difícil desprenderse.

Un ejemplo. Al finalizar la referida entrevista familiar percibía en mí cierta satisfacción. Contribuía sin duda el hecho de haber facilitado un diálogo entre padres e hijo, quienes, aunque siempre convivieron, hacía años que no se sentaban juntos para hablar de vivencias tan dolorosas. También la poderosa experiencia de un padre deshecho por primera vez ante su hijo, el cual había vivido la relación con él en términos de rigidez, autoritarismo e imposición. Pero quizá mi satisfacción no era tanto por los progresos de esta familia como por los propios. Desde unos meses atrás venía sintiéndome más cómodo en el encuadre de la entrevista familiar. Hacía mucho que me encontraba seguro a solas con un paciente, y también en un grupo de terapia o en un grupo compuesto de varios pacientes y sus familias. Pero, durante años –ahora me daba cuenta–, me pasó inadvertida la incomodidad de sentarme

¹ Utilizamos la mayúscula, al modo que hacen algunos autores, para referirnos al Otro como lugar simbólico de la alteridad. A diferencia del otro (con minúscula) o imagen de los semejantes con quienes nos relacionamos a diario.

frente a los miembros de un mismo núcleo familiar, y, a veces, incluso los contactos telefónicos con ellos. La consecuencia: apenas daba valor a estos encuentros o consideraba que no eran necesarios. Cuando no había más remedio que hacerlos los postergaba, sentía un estrés añadido ese día o me veía exigido a hacer algo que dejara satisfechos a todos. Otras veces simplemente salía con la sensación de que no había valido la pena. Una tendencia tan arraigada no puede abandonarse sin que te ayuden a salir de tu solitario convencimiento. En este caso, la mirada de otros compañeros y el giro que tomó la institución hacia lo familiar, además de sus buenos resultados, me ayudaron a identificar esta dificultad. Con el tiempo he podido ir comprendiendo que mis reticencias a estas entrevistas pueden estar en conexión con momentos familiares difíciles de mi pasado. *Segunda lección del aspirante a psicoterapeuta: imposible pensarse sin otros, más bien... ser pensado.*

SOY OTRO

Desde el momento en que tenemos acceso al habla, con la que intentamos expresar nuestra necesidad, advertimos que no hay suficientes palabras ni modo perfecto de utilizarlas para que los otros la colmen al cien por cien. Como mucho, esta necesidad se torna demanda, una petición en la que siempre quedará un resto de insatisfacción. Lo que afortunadamente mantiene vivo nuestro psiquismo, la búsqueda permanente de lo inalcanzable, el deseo.

Entonces, si mi ser se funda desde el inicio en mi necesidad y sólo puedo expresarla a través de ese código que me precede y manejan otros, el lenguaje, puedo afirmar: “soy Otro”. No sólo somos la huella que dejan en nosotros nuestros semejantes sino que, para que esto acontezca, debe existir una condición previa: la asunción de nuestra falta. Allí donde creíamos ser dueños de nuestro yo, bien definido y diferenciado, no existe tal delimitación. Se trata más bien de una interpenetración entre el yo y el Otro. Podríamos definirlo como “yOtro” –casi en una broma lingüística– para expresar en un solo término esta condición, donde lo activo y lo pasivo se difuminan. El Otro ubica en mí una condición de ser. Más bien un “siendo” pues se trata de un proceso inacabado e inagotable.

Así pues, cuando afirmo que el psicoterapeuta debe “ser pensado” no me refiero sólo a que durante su formación haya otros que le sirvan como referente. Ellos (colegas, analista, supervisores, jefes, etc.) le devolverán una imagen de cómo lo piensan, y él irá consolidando su yo como psicoterapeuta en función de estas valiosas interacciones. Sin embargo, esta sería sólo una parte del recorrido. De quedar ahí, su práctica estaría dirigida por una imagen engañosa, un “yo ideal” formado a partir de las expectativas de otros. Algo parecido ocurre en muchos tratamientos psicoterapéuticos que se ofertan actualmente. Se basan en aprender, por imitación

refleja de un ideal, los modos “normales” de pensar, sentir y actuar. Pero, más allá de una cierta estabilidad temporal –el trabajo con pacientes graves da buena cuenta de ello–, no producen modificaciones sustanciales.

Como terapeutas, pues, reconocer al Otro es reconocer en uno mismo una dimensión de carencia, de no poder llegar a todo ni a todos. Dar cabida, en nuestra práctica profesional, a la falla ineludible que arrastramos por el hecho de ser seres de lenguaje. La idealización puede cegar al profesional si éste aspira a encarnar un modo también ideal de trabajar. Tenderá inconscientemente a adoptar una posición infalible en la que si el tratamiento no marcha pueda atribuirlo a la resistencia del paciente o de su entorno. Esta posición, además, puede instilar en la persona atendida la creencia de que existe algo externo omnipotente –un terapeuta, un fármaco, una técnica, etc.– de quien va a depender en exclusiva su mejoría, que, por supuesto, puede alcanzarse por completo.

LA LETRA QUE ME CONSTITUYE

La dimensión Otra a que nos referimos se va conformando mediante encuentros importantes con los otros significativos. Consideremos cada uno de estos encuentros como signos de un lenguaje. Pongamos, por evocar el ejemplo más fácil, que dichas vivencias funcionan como letras o palabras. Llamémoslas genéricamente significantes, de manera que, según van sucediendo van diciendo algo, van hablando. Aisladas son grafismos sueltos, apenas vacíos de significación. Pero, conforme van encadenándose empiezan a construir palabras, sintagmas, oraciones, etc., y se van pudiendo inteligir significados. A medida que se completan con más significantes, estas oraciones aportan un nuevo sentido a todo lo anterior². Pero, a la vez, añaden otros matices que podrían oscurecer lo que creíamos haber comprendido. Este enturbiamiento del sentido es, no obstante, un punto de partida para incorporar nuevos significados en un movimiento cíclico, pulsátil, inconstante y arrítmico. Mediante una oscilación de ida y vuelta, de atrás adelante y viceversa, en la que presente, pasado y futuro se mezclan y se redefinen de continuo.

Este movimiento va alargando las oraciones y haciéndolas más complejas, a veces acotándolas, desdoblándolas, agrupándolas en párrafos, etc. Se va constituyendo así la novela de nuestra vida. Un relato hablado a la vez por/para mí y por/para ese Otro que, en tanto me constituye como parte indisoluble, siempre está presente. Ya sea como escritor que crea la novela junto a mí, como editor que la sanciona, como personaje de la trama, como locutor que la enuncia o como público destinatario.

² Nótese que “oración” alude a una plegaria, es decir, a un pedido a otro.

TOPOLOGÍA DEL SUJETO

Con este enrevesado excursus lingüístico subrayamos la importancia de reconocer que nuestra esencia como sujetos psíquicos no es tanto presencia como ausencia. No nos define algo tangible y finito con contornos precisos que delimiten claramente un adentro y un afuera, como sería el caso de una esfera (4), sino algo más parecido a un vacío, un agujero. Nuestra existencia es siempre deseo de relleno de este agujero. Un deseo del que sólo sabemos que existe, no de dónde viene ni a dónde apunta, ya que los bordes del agujero son siempre móviles e imprecisos, y su centro —que podríamos pensar como mi esencia, lo más real que poseo— en realidad no me pertenece. Mi supuesta intimidad es extimidad y viceversa. Estoy hecho de lo que me preexiste, me existe y me postexiste: el deseo de ese Otro, inmaterial, impersonal y transtemporal, de cuyo reconocimiento y tolerancia depende que yo sea.

Al igual que una oración no cobra pleno sentido hasta que está correctamente puntuada, la sanción del Otro supone esa puntuación. Un segundo significante que retroactivamente aporta al significante aislado que soy yo una significación al hacer cadena conmigo. Profunda herida narcisista gracias a la cual existimos los seres neuróticos: siempre a vueltas con esta incompletud, con la imposibilidad de ser Uno. Siempre seres divididos, castrados, causa y consecuencia de la palabra que nos atraviesa.

PSICOTERAP(OE)TA

Oigo estos días a Fabián Schejtman citar a Lacan dictando clase a sus alumnos de psicología: “la poesía es la violencia ejercida contra el sentido común” (5). Recuerdo haber leído que otros autores establecen cierta similitud entre los sueños, la poesía y el encuadre psicoterapéutico. Cierto es que las imágenes incoherentes de un sueño bien podrían asemejarse a las palabras deslavazadas del poeta. También a muchos momentos del discurso del paciente. Todos permiten que aflore algo muy primario del sujeto, tan íntimo como resistente a pasar por el pensamiento y a expresarse en palabras ordinarias. Algo que, excluido de esas posibilidades simbólicas, se presenta sólo allí donde desfallece la “realidad parlamentada” que hemos convenido en compartir³.

Ese algo se presenta en forma de sensaciones muy arcaicas, confusas, difíciles de ubicar en el ámbito del placer o del dolor. Conllevan pues satisfacciones (la del dormir soñante, la estética poética, el alivio terapéutico); pero también un fondo de

³ Pronto acude a nuestra cabeza la psicosis como posible cuarto eslabón de esta cadena.

angustia (el conflicto que subyace al sueño, el desgarró tras las palabras del poeta o la desesperanza a que aboca el síntoma). La angustia, como referíamos al comienzo, remite a la indefensión del nacimiento, a la inexistencia previa, a la tranquilidad de la nada... a la muerte. Soñante, poeta y terapeuta deben “hacer con” esta dimensión íntima y siniestra. Fondo del agujero difícil de reconocer por el sujeto, ya que en los momentos en que asoma es vivido como externo a él. Constituye, sin embargo, su parte más Real⁴ y verdadera. “Lo imposible, lo innombrable, lo que no engaña...”, letanías que pasan de boca en boca en algunos círculos psicoanalíticos para intentar definir con palabras algo de esta inaprehensible esencia del ser.

Así pues, el psicoterap(oe)ta tratará de tocar algo de este Real del sujeto con la palabra. Siempre que previamente se haya “Realizado” como tal. Es decir, acometerá su función con un instrumento principal: lo que haya conseguido hacer con su propio desgarró, con su imposible. Es por ello que nos referíamos al psicoterapeuta como alguien que enseña a sus pacientes. No en el sentido de transmitir pedagógicamente un conocimiento, sino que “enseña” (muestra, descubre) sus carencias. Y lo hace con más fuerza mientras más se refugia en el anonimato que le brinda la supuesta buena praxis. Enseña su Real a pesar –pero también a través– de querer ocultarlo⁵. Así como el estímulo a escribir para el poeta puede nacer de su dolor (6), el encuentro siempre fallido con su imposible es la causa y motor de la función del terapeuta.

¿TÉCNICA DE LA INTERPRETACIÓN...

Esta función poética de la psicoterapia dista mucho de poder ejercerse mediante una técnica. No se trata de una habilidad o una destreza, y menos de un conocimiento. Porque es desde su propio desconocimiento que el terapeuta se acerca a los enigmas de su paciente. Oculto, eso sí, bajo el disfraz imaginario de un yo “mentiroso” que, como a todo ser neurótico y hablante, le hará creer dueño de sus actos y pensamientos.

Actualmente se devalúa la interpretación como herramienta principal en el trabajo psicoterapéutico de orientación psicoanalítica (7,8). No sólo con pacientes graves que no han podido acceder, o lo han hecho parcialmente, a la representación de sus afectos mediante la palabra, esto es, a la apertura al mundo simbólico que facilita la impronta edípica. Se suele decir en el trabajo con éstos que la palabra es inefectiva, que debiéramos dirigir nuestros esfuerzos a priorizar la relación. Pero incluso con

⁴ En psicoanálisis lacaniano el registro de lo Real difiere de la realidad. Corresponde precisamente a aquello que no podemos percibir con los sentidos ni simbolizar mediante la palabra y el pensamiento.

⁵ A nadie escapa en este punto la ya nombrada obstinación de muchos colegas en negar la participación de sus aspectos personales cuando están junto al paciente.

pacientes neuróticos, el psicoanálisis reniega cada vez más de la interpretación, pues parece desequilibrar demasiado las posiciones de paciente y terapeuta a favor de un poder ilimitado y tiránico de éste último, quien, en posesión absoluta de la verdad, desvela al paciente la dolorosa realidad que su ceguera neurótica le oculta. Se señala entonces la importancia de mantener una actitud humilde en la que se sustituya lo interpretativo por hipótesis de conversación, testando cuidadosamente la corroboración que el paciente haga de las mismas.

Coincidimos con la opinión de que no es posible el efecto transformador de la interpretación –ciertamente de más limitado alcance en las patologías graves– sin un vínculo fuerte que ponga al sujeto en condiciones adecuadas para que ejerza plenamente su función. Pero también con que la relación de apoyo resulta insuficiente si el paciente no se siente comprendido por el terapeuta, hecho que se torna casi imposible si éste no comunica el fruto de su trabajo psíquico en el curso del tratamiento (9).

Al margen de lo anterior, creo que el epicentro de esta polémica se ubica en un uso clásico y muy restringido del concepto de interpretación: aquél establecido por Freud que, como apuntábamos, la sitúa del lado de desvelar o aportar un conocimiento oscuro para el paciente. Reconozcamos humildemente que muy pocas de las personas que atendemos están dispuestos a “someterse” a un tratamiento así. Por no decir aquellos que están excluidos, o bien con un pie dentro y otro fuera, del universo metafórico del lenguaje.

... O INTERPRETACIÓN DE LA TÉCNICA?

Pero, ¿acaso es posible no interpretar? La interacción entre sujetos genera inevitablemente efectos representacionales en ellos. Diferente es que nos abstengamos de comunicar estas formulaciones al paciente. Pero, incluso en este caso, las hipótesis en la mente del terapeuta aportan un tipo de comprensión, una lectura, que irá modificando su estar con aquel en siguientes interacciones, y modulará en uno u otro sentido sus futuras intervenciones. No es difícil reconocer esta secuencia cuando, por la razón que juzgue oportuna, el terapeuta opta por no intervenir. Y quizá un tiempo más tarde advierte indicios de que su paciente ha incorporado la perspectiva que, aunque no salió de su boca, se le representó mentalmente.

Asimismo, cualquier comunicación del terapeuta –un gesto, una mirada, un acceso de tos, su vestimenta... o incluso el silencio más neutral– es susceptible de generar en el paciente efectos de significación similares a los de cualquier señalamiento verbal.

Parece entonces poco operativa esta versión de la interpretación que ha quedado definida por determinadas connotaciones formales: el tono vehemente

con que se enuncia, la convicción en la voz del terapeuta, etc. O bien, respecto a su contenido, por el carácter reconstructivo de aspectos históricos o actuales del relato del paciente. Nada de esto define su esencia, que radicaría en el efecto que pretende producir: inscribir simbólicamente, es decir tramitar con palabras, algo de lo Real del sujeto.

Se hace necesario entonces interpretar de otro modo –nunca mejor dicho– la técnica clásica en el sentido en que se interpreta una misma melodía utilizando otros instrumentos. Los que nos permitan deducir qué hace que una intervención desencadene tal efecto.

INTERPRET-ARTE

Rescatemos el ejemplo de la novela vital del sujeto. Aquella que se va escribiendo a medida que se suceden encuentros con el Otro. Conforme nuevos significantes se encadenan con los ya inscritos se componen nuevas oraciones y párrafos del relato.

Sería pretencioso considerar que el psicoterapeuta –lector privilegiado pero lector al fin y al cabo– pueda revelar al mismísimo autor de la novela capítulos ocultos. Y mucho menos escribir de su pluma fragmentos que, aun similares a los de su autoría, le son completamente ajenos⁶.

Más cercana le quedaría la función de corrector de la novela, esto es, alguien que ayude al paciente a establecer de otro modo los signos de puntuación: desplazar la coma de una oración, poner un punto entre otras dos, acentuar con exclamaciones, interrogar allí donde se afirmaba, etc. Esta tarea, a través de establecer nuevas pausas, subrayar fragmentos o poner otros entre paréntesis, modifica también el ritmo en que puede leerse la novela. En síntesis, facilita una nueva lectura, pero respetando su esencia: aquello que, escrito tan personalmente y hace tanto tiempo, resulta imborrable. Y es deseable que sea así, pues estas marcas indelebles definen el estilo propio de cada autor; algo de lo que es imposible desprenderse pero con lo que buscamos un hacer diferente para disminuir el sufrimiento consustancial al vivir.

Sería pues la función del psicoterapeuta la de establecer, como afirmaba Lacan, una “puntuación afortunada” del discurso (10). Intervenir sobre la métrica y la rítmica del decir del sujeto. Algo más cercano, como decíamos, a una función poética. Esta función bien puede cambiar la prosa monótona y repetitiva del texto-síntoma en un poema que remueva algo de lo más íntimo y profundo.

Así pues, si en su práctica clínica va a proceder como un técnico, la formación del psicoterapeuta habrá de basarse en un entrenamiento de destrezas y habilidades, a

⁶ Quizá muchas de las psicoterapias que se ofrecen hoy día, a través de cierto adiestramiento de la persona, incurrir en una violación de esta “propiedad intelectual”.

imitación de los grandes maestros. Pero quedará entonces desubjetivado, ajeno a que su singularidad aporte alguna creatividad a su praxis. Es el caso de los señalamientos encorsetados que durante años se han apropiado en exclusiva del concepto de interpretación.

Sin embargo, en condiciones habituales, el psicoterapeuta ha sido cortado por la tijera de la castración (11), operación que le contornea y define los límites de un cuerpo que queda simbolizado. Ésta se redobla por su propio análisis, que le re-corta y le adscribe también a otros cuerpos (por ejemplo, el de profesionales en el que se reconoce identitariamente como analista). Ambos recortes intentan dejar por fuera de lo recortado un sobrante que cae, su Real, su goce pulsional. Pero siendo que es imposible hacerlo por completo, son los restos sintomáticos de ese goce, resistidos a simbolizarse, los que lo convierten en sujeto carente y deseante. Único y singular en su modo de errar en el mundo. Desde esa fallida pero trabajada singularidad, al igual que el desgarrado poeta, ejerce su arte. Lo artístico, en contraposición a lo técnico, implica ya una subjetivación, un estilo propio. Algo en cierto modo impredecible hasta finalizada la obra; una sorpresa para el propio autor.

Las interpretaciones del terapeuta pueden cobrar entonces múltiples formas: puntuaciones de palabras, actitudes o silencios que sostengan una interrogación, interrupciones oportunas del discurso del sujeto, etc. Lejos de enunciarse al modo de una verdad cerrada, intentarán abrir y complejizar, a veces oscurecer, lo que parecía esclarecido. Resultarán en ocasiones sorprendentes para el propio enunciante, en tanto que parte de su imposible Real se desliza con ellas, abocándole incluso a situaciones comprometidas o confusas a pensar con posterioridad. No andamos tan lejos del venerado concepto de *enactment*.

DE GUIONES Y MELODÍAS

Convertirse en psicoterapeuta es, entonces, en cierto modo, llegar a ser un buen intérprete. No tanto en el sentido del traductor de un idioma, hablado pero desconocido por el paciente (el de su inconsciente), sino más bien como un intérprete de artes escénicas, como el actor o el músico.

El actor interpreta un guión “metiéndose en la piel” del personaje. Este trabajo actoral del terapeuta es destacado por la corriente introspectiva-empática del psicoanálisis (12, 13). Se intenta escuchar al sujeto desde su interior y resonar empáticamente con él para no caer en una escucha prejuiciosa y sesgada, como la que encaja forzosamente sus palabras en el clásico paradigma edípico. Asimismo, trabajando con pacientes graves con frecuencia representamos en nuestra piel fragmentos de su guión de vida. Nos dejamos “usar como un objeto”, algo que Winnicott señaló como muy valioso con estas patologías (14). Ambos personajes

actúan entonces en un escenario intermedio o zona transicional que, por no pertenecer del todo a su yo, resulta menos amenazante para el paciente, y no quedándole absolutamente ajeno le ayuda a mentalizar la escena. Dicho fenómeno no sólo dependerá de los aspectos proyectados del paciente, sino de los necesarios tropiezos del terapeuta –como necesarios para Winnicott son los fallos de la madre– por los que cae arrastrado hacia tal actuación (entendida ahora como *acting*). Restos del goce pulsional, contraidentificación proyectiva, ruptura del entonamiento, etc. Elija cada uno los términos para este fenómeno actoral en función de la escuela (de arte dramático) donde se formó.

Pero también el psicoterapeuta es, como el músico, el intérprete de una melodía compuesta por otro. Desde la singularidad de su instrumento y de cómo aprendió a tocarlo interpretará la partitura de un modo único y personal. La idea es que el compositor de la pieza la escuche interpretada por otro y se enriquezca de los matices de esta nueva versión⁷. Un darle la vuelta a la melodía, y de alguna forma pervertirla. Perversión o “*père*-versión”, como se escribe en algunos ámbitos, para aludir a la vuelta que opera el padre en su función significante. Como tal sustituye –o hace de metáfora– al desconocido deseo de la madre interpretándolo y asignándole un sentido: el hijo como objeto que la completa. Lo que rescatamos para establecer un paralelismo con la función significante del psicoterapeuta: reformular la demanda del paciente reinterpretándola en términos de su falta y su deseo. Versión Otra de la misma melodía.

NADA QUE HACER

De mi experiencia estos últimos años con pacientes graves en ambientes de convivencia terapéutica he aprendido, sobre todo, que respecto a la psicoterapia no hay nada que hacer. Pero, lejos de haber caído en el pesimismo, subrayo “hacer” como un verbo inadecuado para nuestro propósito. HACER psicoterapia implica subrogar todo el resultado a las intervenciones concretas del profesional. De ahí cierta obsesión en terapeutas noveles por elegir la interpretación acertada que, cual truco de magia, obre el milagro, cuando es todo el proceso el que devendrá interpretativo, gradualmente, afianzando el paciente sentidos a partir de los sinsentidos que acontecen en él. Con frecuencia, esto ni siquiera se juega en la díada paciente-terapeuta, sino en la relación con otros significantes (grupo, familia, institución) fuera del escenario terapéutico.

Más adecuado parece pensar que la psicoterapia provoca efectos por lo que el terapeuta ES, por lo que representa para el paciente. Coincidimos con quienes

⁷ Término que procede del verbo verter (del lat. *vertere*, “girar, dar la vuelta”).

señalan la importancia de tolerar, al menos de inicio, que se atribuya al profesional un supuesto saber. Convertirnos en una especie de ideal que más adelante tendrá que disolverse, si bien esto no se basa en interponer una distancia excesiva, ni profesional ni personal. Esta necesaria asimetría de roles tampoco se pierde por introducirnos en la dialéctica imaginaria del paciente si existe un segundo tiempo donde examinar dicha interacción. Recordemos que, si el profesional ES, lo es tanto por su presencia como por su ausencia, tan decepcionante para el paciente como valiosa para su proceso si el terapeuta tiene asumido que inevitablemente fallará.

Pero el verbo que más sujetos enlaza a los predicados psicoterapéuticos es ESTAR. Los pacientes mejoran, en gran medida, porque estamos. Nuestra disponibilidad y accesibilidad, moderadas y previsibles, son claves para que ejerzamos una especie de “función lugar” y nos convirtamos en un sitio donde la persona pueda residir de forma segura, donde habite y se deje habitar por nuestras palabras, que poco a poco a poco serán las suyas. Esta función no supone la gratificación incondicional de sus demandas, sino la adecuada regulación de nuestro estar y no estar, de la presencia y la ausencia, del acercamiento y la separación, etc., que, como al bebé, sirva de soporte simbólico o lugar tercero; siendo, en otras palabras, una referencia respecto a las imágenes que le devuelven sus semejantes, en base a las cuales se crea y afianza su identidad.

ENTRE ABRAZOS

El proceso psicoterapéutico, como el de maduración psíquica, se construye mediante experiencias genuinas o momentos fuertes de la relación que suponen verdaderos “encuentros”. En instantes donde están presentes terapeuta y paciente pero también, y sobre todo, en los intervalos, en los espacios “entre” que, representando la ausencia, favorecen que advenga Otro sujeto: los silencios en sesión, el tiempo entre sesiones, las huellas que dejan determinadas vivencias, etc.

Algo de mi condición de psicoterapeuta se ha afianzado este año en el intervalo representado por dos acontecimientos ocurridos con algunos meses de diferencia. Fueron... dos abrazos.

El primero de ellos a las puertas de un tanatorio. Alguien me consolaba minutos después de presenciar la rabia y desesperación de una esposa y madre que había perdido a su compañero. Él había sido nuestro paciente pocos meses antes hasta que consideró que había mejorado lo suficiente y abandonó el tratamiento. A nuestro entender era una decisión precipitada y fruto de un empeoramiento, pero no conseguimos que continuara. Aquella mañana su esposa nos telefoneó informándonos de que se había quitado la vida.

El segundo de los abrazos sostuvo mis lágrimas y mi impotencia tras haber participado junto al resto del equipo en la inmovilización de un paciente. Después

de más de un año de trabajo diario con él y su familia se habían producido grandes avances, por lo que iba a concluir su tratamiento apenas unos días después. El miedo a esta separación influyó en que padeciera una fuerte regresión que llegó a adoptar tintes psicóticos, siendo preciso un internamiento con el que no estaba de acuerdo. La estrecha relación con el paciente, en un contexto donde no suelen necesitarse estas medidas, y su aparatosa conducta negándose a lo que estaba sucediendo provocaron que todos viviéramos esta experiencia como especialmente dolorosa.

Ambos abrazos, independientemente de quienes fuésemos sus protagonistas, condensaban un cúmulo de afectos que el equipo vivió durante aquellos meses a propósito de estas y otras vivencias con las personas que atendemos. Afortunadamente, hemos podido resignificarlos en los intervalos que para nosotros representan las reuniones de equipo, los espacios de diálogo sobre los aspectos emocionales de nuestra tarea, las supervisiones, etc. Escenarios que consideramos muy necesarios en el trabajo psicoterapéutico con estructuras psicóticas y limítrofes, que tan frecuentemente deriva en bloqueos del pensamiento, actuaciones e *impasses* del proceso.

Experiencias como éstas –cada cual tendrá su colección personal de cicatrices– suponen marcas que jalonan el proceso de convertirse en psicoterapeuta; verdaderos encuentros que van conformando el yo de un terapeuta (o de un equipo) a través de confrontarle con sus límites, como profesional y como persona.

Parte de nuestra tarea consiste en asumir que nunca dejarán de suceder escenas difíciles, puesto que depende de nuestro modo de transitar por ellas el que se instaure un proceso auténtico y transformador. Podríamos esbozar entonces la *tercera lección del aspirante a psicoterapeuta: nunca dejará de ser... eso... un aspirante*. Hasta sus últimos días el profesional no cesará de reescribirse buscando un saber hacer allí donde no sabe. No en vano, Freud se refirió a la nuestra, junto a educar y gobernar, como una profesión imposible (15,16).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Sassenfeld JA. Enactments: Una perspectiva relacional sobre vínculo, acción e inconsciente. *Clínica e Investigación Relacional* [revista electrónica] 2010; 4 (1): 142-181.
- (2) Martínez C, Ferrández E. El enactment en la clínica psicoanalítica. *Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid* [revista electrónica] 2016; 31.
- (3) Lacan J. Acerca de la estructura como mixtura de una Otreidad, condición sine qua non de absolutamente cualquier sujeto. *Acheronta* [revista electrónica] 1966; 13.

- (4) Jasiner G. Aproximaciones a una lógica. En: *Coordinando grupos: una lógica para los pequeños grupos*. 1ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2008.
- (5) Schejtman F. Grabaciones de clases 2016. *Psicopatología cátedra II*, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires [Internet] 2016.
- (6) López Mondéjar L. *Una espina en la carne: psicoanálisis y creatividad*. Madrid: Psimática Editorial, 2015.
- (7) Coderch de Sans J, Codosero Medrano A. Algunas reflexiones acerca del espíritu del encuadre en el psicoanálisis relacional. *Clínica e Investigación Relacional [revista electrónica]* 2015; 9(2):358-393.
- (8) Coderch de Sans J. La psicoterapia psicodinámica relacional de una sesión semanal y larga duración. En: Guimón J, coordinador. *Un cuarto de siglo de psiquiatría psicodinámica*. 1ª ed. Madrid: Editorial Eneida, 2015.
- (9) Figueroa J, Seeger L. Psicoanalistas tras el espejo: la práctica psicoterapéutica modificada por la experiencia. *Aperturas Psicoanalíticas [revista electrónica]* 2014; 48.
- (10) Lacan J. Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En: *Escritos I*. México: Editorial Siglo XXI, 1998.
- (11) Schejtman F. Una introducción a los tres registros. En: Schejtman F, compilador. *Psicopatología clínica y ética: de la psiquiatría al psicoanálisis*. Olivos: Grama Ediciones, 2015; p. 385-447.
- (12) Kohut H. Introspección, empatía y el semicírculo de la salud mental. En: *Los dos análisis del Sr. Z*. Barcelona: Herder, 2002; p. 149-186.
- (13) Coderch J. La empatía en el diálogo psicoanalítico. En: *La relación paciente-terapeuta. El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder, 2012; p. 167-194.
- (14) Winnicott DW. El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones. En: *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 2008; p. 117-127.
- (15) Freud S. Prólogo a August Aichhorn. En: *Obras completas: El yo y el ello y otras obras 1923-1925*. 2ª ed. 11ª reimp. Buenos Aires: Amorrortu, 2007; v. 19, p. 296.
- (16) Freud S. Análisis terminable e interminable. En: *Obras completas: Moisés y la religión monoteísta, Esquema del psicoanálisis y otras obras: 1937-1939*. 2ª ed. 8ª reimp. Buenos Aires: Amorrortu, 2006; v. 23, p. 249.