

VÉRTICEK

MANUSCRITOS PSICOANALÍTICOS

Vol. 0

No. 0

psicoanálisis

julio 2021

La tristeza, el sentimiento maestro que nadie quiere // COVID-19, encierro y regresión // Entre dos muertes y un eclipse // El complejo del Náufrago

contacto

Salomé Piña 51, Col.San
José Insurgentes
www.centrok.mx



CentrokMx



CentrokMx



VínculoK



Primera edición: abril de 2021

editorial

EDITORES EN JEFE

Alejandro Luque Hernández
Ana Martínez Vázquez

CUERPO EDITORIAL

Gabriela Pérez Negrete
David Carreón Robledo
Áurea María Costal Lopo
Alejandra Martín Michavila
Priscila Ivonne Pacheco Flores
Dominique Peschard Lanzetti
Jorge Alberto Ulloa Miranda

ASISTENTE DE EDICIÓN

Rosa María del Ángel Martínez

DISEÑO EDITORIAL

Cristian David Mercado

VÉRTICEK. MANUSCRITOS PSICOANALÍTICOS VOL. 0, NÚMERO 0, ENERO-JUNIO 2021. es una publicación semestral editada por Centro de Psi K Análisis S.C. Calle Salomé Piña número 51, Colonia San José Insurgentes, Delegación Benito Juárez, C.D.M.X, C.P. 03900, Tel. 5628182868, info@centrok.mx

Editor Responsable: Cristian David Mercado Monter.

Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2022-081109360500-102, ISSN11:

_____, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Responsable de la última actualización de este Número, Cristian David Mercado Monter, Editor de Centro K, Calle Salomé Piña Número 51, Colonia San José Insurgentes, C.D.M.X, C.P. 03900, fecha de última modificación, julio de 2021.

VÉRTICE

VérticeK es una revista con carácter internacional que presenta temas de investigación basados principalmente en las experiencias que se observan en la clínica. Contempla la publicación de artículos originales, que se incluyen en tres secciones distintas: experiencias en la clínica, reflexiones sobre temas de interés y artículos de revisión. Cada artículo es analizado críticamente por expertos que garantizan la calidad de los trabajos. Es una revista electrónica de acceso abierto, que se publica semestralmente en los meses de abril y octubre.

Este es el primer número ... ¡el número cero! ... que contiene reflexiones desde distintos enfoques del psicoanálisis, con autores y autoras que hoy nos presentan ideas novedosas y muy claras. Nuestro agradecimiento profundo por la confianza puesta en este proyecto. Los invitamos a disfrutarla, a gozarla, a criticarla, y a participar en los próximos números. Para nosotros es una alegría poder compartirla con ustedes.

**GABRIELA PÉREZ NEGRETE Y
ANA MARTÍNEZ VÁZQUEZ**
Editor-In-Chief

contenido

1

REFLEXIONES

- 07** Octavio Chamizo Guerrero
Breves reflexiones sobre el tema de la repetición en la obra freudiana
- 15** Anabell Pagaza Arroyo
Lo transgeneracional en la alienación e interferencia parental
- 28** Luis Adrián Aldrete Quiñones
Hacia un modelo integrativo “vincular-sistémico” ... Un ejercicio de interdisciplinariedad
- 40** Rosa Velasco Fraile
¿Qué es el psicoanálisis relacional?
- 54** Isabel Medina Hernández
¿Qué es el psicoanálisis relacional? Comentarios al artículo de Rosa Velasco Fraile
- 58** José Ángel Aguilar Gil
Experiencia de supervisión en línea con Rosa Velasco
- 66** Áurea María CostalLopo
Nuestro self
- 72** David Carreón Robledo
El complejo del náufrago. Un escrito sobre la soledad en el amor

EXPERIENCIAS EN LA CLÍNICA

2

- 82** **Gabriela Pérez Negrete**
La tristeza, el sentimiento maestro que nadie quiere
- 88** **Alejandro Luque y Ana Martínez Vázquez**
COVID-19, encierro y regresión

ARTÍCULO DE REVISIÓN

102

ANA MARTÍNEZ VÁZQUEZ

Entre dos muertes y un eclipse

**APOLO**

Dios del conocimiento, del sol, la poesía, el arte, el tiro con arco, la peste y la luz.



REFLEXIONES

1

The background of the entire page is a solid, vibrant yellow. Overlaid on this background is a repeating pattern of yellow bananas. Each banana is rendered with a slight 3D effect, showing a soft shadow beneath it. The bananas are arranged in a regular, grid-like fashion, filling the entire space.

REFLEXIONES

**BREVES REFLEXIONES SOBRE EL TEMA DE LA
REPETICIÓN EN LA OBRA FREUDIANA**

Octavio Chamizo Guerrero¹



Resumen

Una de las problemáticas clínicas y teóricas que estuvo presente a lo largo de la obra freudiana fue el de la repetición. El presente trabajo denota y explora algunas de las acepciones teóricas que tuvo este concepto respecto a su correlato clínico. Se privilegian varias aristas que en el discurso freudiano no recurren al concepto de pulsión de muerte como fundamento de la repetición. En este sentido, la distinción entre diversos modos de repetición y de reproducción es capital. En gran medida, lo que está en juego es la diferencia entre lo que se repite por su condición de irrepresentable y lo que se reproduce desde lo representable que busca placer.

Palabras clave:

repetición; reproducción; representación; irrepresentable.

Abstract

One of the clinical and theoretical problems that was present throughout the Freudian work was that of repetition. The present work denotes and explores some of the theoretical meanings that this concept had regarding its clinical correlate. Several edges are privileged that in the Freudian discourse do not resort to the concept of the death instinct as a basis for repetition. In this sense, the distinction between various modes of repetition and reproduction is crucial. To a large extent, what is at stake is the difference between what is repeated due to its unrepresentable condition and what is reproduced from the representable that seeks pleasure.

Keywords: repetition; reproduction; representation; unrepresentable.

¹ Médico por la UNAM y psicoanalista

Cómo citar:

Chamizo Guerrero, Octavio. (2021, abril). Breves reflexiones sobre el tema de la repetición en la obra freudiana. *VérticeK*, 1 (0), 08-13.

Es posible sostener que son varios los motivos que influyeron en la concepción y escritura freudiana de *Más allá del principio del placer*; heurísticos (repensar la primera tópica y el primer dualismo pulsional a partir del punto de inflexión que, en la teoría, se produjo por la *Introducción del narcisismo*), epistemológicos (sostener la primacía del dualismo pulsional), político-económicos (período posterior a la primera guerra mundial), sociales (no olvidemos que en aquellos años había otra pandemia), familiares (allegados a Freud que habían fallecido recientemente), personales (posiblemente Freud ya intuía el proceso productor del cáncer con el cual habría de vivir 16 años más). De todos estos motivos, no he mencionado el que considero el más relevante para explicar la gran “especulación” de *Más allá del principio del placer*: las preguntas surgidas desde la clínica. En efecto, en 1920, después de haber escrito en 1915 el *Panorama de las neurosis de transferencia* (último texto metapsicológico) y las Lecciones introductorias al psicoanálisis (1915-16), textos en los cuales intenta dar cuenta de su concepción clínica, Freud se interroga acerca de diversas expresiones clínicas que exponen cuestionamientos a lo construido teóricamente: la repetición, el enigma del masoquismo y las llamadas, en ese momento de la obra, neurosis narcisistas¹ (Chamizo, 2019). El abordaje de estas interrogantes condujo a Freud a establecer tres ejes que, entrelazados como un bucle, inciden en la subjetividad misma. De los tres, será la repetición la que en este breve trabajo se abordará, señalando algunos aspectos tal y como Freud los reconoció en la clínica, no sin olvidar que se pueden establecer otros aspectos que remiten a planos teóricos diversos. Además del clínico, está el plano metafísico-filosófico a través del cual Freud despliega planteamientos que postulan a la pulsión de muerte como

Sustrato de la repetición. Es este, sin duda, un planteamiento (especulativo, escribió el propio Freud) complejo y polémico que ha dado lugar a diferentes posiciones en el campo psicoanalítico siendo, desde mi lectura las más interesantes, las sostenidas por Laplanche, Green, Aulagnier, M'uzan y Pontalis. Independientemente de la discusión en torno a la justificación teórico-psicoanalítica de la pulsión de muerte, discusión en la que no incursionaré en este momento, hay que subrayar que es Freud mismo quien lleva el tema de la repetición al plano metafísico-filosófico al evocar tanto a Platón como a Schopenhauer y Nietzsche. En efecto, ni el recurso a las formulaciones biológicas de la época, ni lo ya formulado en el campo psicoanalítico le fueron suficientes para dar cuenta de la repetición. Recurre a los filósofos mencionados quienes, junto con Kant fueron, como se sabe, los que más influencia tuvieron en Freud al menos, después de los textos metapsicológicos. Entre ellos y después de ellos, hay mucha tinta y no es asunto menor entramar este plano con el clínico.² No lo es porque precisamente la repetición, además de suponer los fundamentos inherentes a la constitución del aparato psíquico y a los acontecimientos que marcan al sujeto, pone en juego un *más allá* irreductible a lo meramente individual y ontológico. Vayamos entonces a los señalamientos clínicos hechos por Freud ejemplificándolos a través de algunos pasajes de la obra. Quizá una de las primeras ocasiones en que aparece el tema de la repetición es en *Un caso de curación por hipnosis*:

“En cuanto a mí, fue la primera oportunidad que tuve de asir la génesis de un síntoma histórico mediante objetivación de la representación penosa contrastante – o sea, mediante voluntad contraria – . La

¹ Para re-pensar las formulaciones freudianas al respecto ver *Las sombras de narciso*. Octavio Chamizo. Siglo XXI editores. México, 2019

² Ciertamente es larga la lista de los filósofos que han abordado el tema de la repetición. Se pueden encontrar desarrollos importantes y pertinentes para el psicoanálisis desde Lucrecio y Aristóteles hasta Kierkegaard y Deleuze sólo por mencionar algunos

“madre, agotada por la angustia y por el cuidado de la enferma, se propone no dejar salir sonido alguno de sus labios, para no perturbar a la niña en su dormir tan trabajosamente obtenido. Y en su estado de agotamiento, la representación contrastante concomitante (a saber, que empero lo hará) demuestra ser la más fuerte: llega a la inervación de la lengua, que acaso el designio de no emitir sonido había olvidado inhibir, atraviesa los labios cerrados y produce un ruido que a partir de entonces, y sobre todo desde una repetición del mismo proceso, permaneció fijado durante años” (Freud, 1976:158).

No se trata de un tic verdadero, dice Freud; es un chasquido que se repite y queda fijado. Es decir, no hay causa neurológica; el chasquido es el efecto de un conflicto entre la representación *conciente* “Ahora tienes que guardar total silencio para no despertarla” y el saber (¿deseo?) de que sí hará un ruido. Es un texto de la llamada (malamente) prehistoria del psicoanálisis. Aún no ha teorizado ninguna de las tópicas ni ha establecido la pulsión conceptualmente. Freud dice que es la primera vez que aprehende cómo se produce un síntoma histérico. No dejan de ser apasionantes las preguntas que pueden formularse a lo construido años después a partir de las observaciones hechas en ese texto y sus supuestos. Mencionaré sólo dos que se relacionan con el tema de la repetición. La aparición del chasquido es posible porque la inervación de la lengua no ha sido inhibida por la representación *conciente*. No es que no haya libidinización de la inervación, (va a responder al deseo); lo que falla es la carga (libidinal también) que operaría en dicha inervación. En sentido estricto, no hay formación de compromiso, no se trata de una “conversión” que exprese simbólicamente un deseo reprimido. Se trata quizá de un primer tiempo de constitución de *algo* y que en ese momento es más parecido a un acto fallido o a un chiste ya que tiene una condición temporal efímera. Es como si se abriera, puntualmente, una vía de facilitación de descarga; no olvidemos que eso produce huellas mnémicas. ¿Produjo culpa ese chasquido perturbador del descanso de la hija? ¿A qué deseos se vio confrontada la paciente de Freud? Años después, yendo en un

carruaje tirado por caballos y ante la posibilidad de que estos se espanten por una tormenta, piensa lo siguiente: “Ahora no tienes que gritar pues se asustarían los caballos”. No grita, pero *re*-aparece el chasquido, mismo que ahora sí se repite de continuo en el acto de hablar de la paciente. Se podría decir que este es un ejemplo de la constitución del síntoma en dos tiempos. Sin embargo, el acento puesto por Freud es que la repetición del chasquido es la que instaura-fija al chasquido como síntoma. No se trata entonces en este ejemplo de la producción del síntoma *nachträglich*; es la insistencia, la repetición, la que abre y mantiene una vía de facilitación (queda así formulada la pregunta: ¿la repetición abre la vía o la vía ya abierta posibilita la repetición?) Inclusive, en el ejemplo que estamos comentando, cabe también la pregunta por el nexo entre los dos sucesos relatados por la paciente de Freud. En sí mismos, pareciera que no tienen relación alguna, salvo que, respecto a esas dos situaciones tan distintas, a la paciente se le impone un pensamiento prohibitivo articulado con la posibilidad- ¿deseo? de hacer un ruido que supondría algún tipo de riesgo (despertar a la hija enferma en el primer ejemplo y asustara los caballos en el segundo). Dicho de otra manera, el nexo entre las dos situaciones lo establece la repetición *en* la paciente y no los acontecimientos; lo que se repite es una escena donde hay un deseo que *des*-acomoda al Yo y la consecuente prohibición superyoica. No se trata de especular sobre el deseo de la paciente. Lo que hay que subrayar es que la repetición de esa escena tiene como consecuencia la instauración del chasquido de la lengua en el acto de habla, chasquido que se repite hasta que la paciente llega con Freud. Se trata entonces, bien mirado, de dos tipos de repetición; en la primera se repiten representaciones y en la segunda lo que se repite, en principio, es una descarga que es dable suponer se produce sin sentido ni significación alguna; tampoco es remitible a un deseo y, por lo mismo, tampoco es pensable como una suerte de formación de compromiso; entonces, cabe la pregunta, ¿qué se repite en la descarga reiterada?, ¿la descarga en sí misma? Dejemos hecho por lo pronto, a partir de este ejemplo princeps, el señalamiento de que hay, por lo menos, dos tipos de repetición y que estas pueden, o no, estar entramadas.

En *La interpretación de los sueños*, al trabajar el tema de la constitución del movimiento psíquico que se llamara deseo dice:

"Esta primera actividad psíquica apuntaba entonces a una *identidad perceptiva*, o sea, a repetir aquella percepción que está enlazada con la satisfacción de necesidad" (Freud,1976: 558).

Esta modalidad de repetición es en muchos sentidos la más trabajada en el discurso psicoanalítico. Se trata de la repetición regulada por la búsqueda de la identidad de percepción, el principio del placer y el deseo. Como se sabe, la identidad de percepción es algo que nunca se logra; su fracaso es una de las fuentes del principio del placer y del deseo el cual, es entendido por Freud en el texto citado, como el intento de reestablecer la experiencia de placer. La huella de placer no se ha borrado. Lo que se perdió es la vivencia y la intensidad de la experiencia. Se trata así de una búsqueda y un fracaso que siempre se renuevan o, quizá deberíamos decir, se repiten. He ahí una modalidad de repetición que es memoria de la vivencia de fracaso al tiempo que renueva el anhelo de placer. La búsqueda de identidad de percepción, causada por las huellas de placer y devenida deseo es, entonces, una búsqueda que está presente en la formación de síntomas, en la producción de sueños, en la formación de fantasías, en toda formación de lo inconsciente y en toda manifestación de lo que Freud llamó retorno de lo reprimido. En este sentido, repetición, placer y deseo son inseparables y la clínica en gran medida está pautada por ellos. Se debe subrayar, siguiendo el itinerario expositivo del mismo Freud, que en toda repetición donde el principio del placer sea el regulador, serán por necesidad las representaciones las que determinen las vías de la repetición. Este no es el espacio, ni el momento para trabajar la enorme riqueza de las formulaciones freudianas respecto a los diferentes modos de representación que, en un sentido muy general, incluiría desde las huellas mnémicas hasta las representaciones palabra más abstractas. El principio de placer, aunque económico, opera en el campo de las representaciones. Por ello es pertinente e

importante la distinción que hace Lacan entre reproducción y repetición donde la primera tiene las características que estamos subrayando y la segunda apuntaría al más allá del principio del placer. Se trata de una distinción que revela uno de los aspectos que se juegan entre lo Mismo y lo Otro y que de hecho es trabajada en el campo de la Filosofía desde los antiguos griegos hasta nuestros días y que no es, por cierto, la que Lacan menciona que formula Aristóteles en el libro sobre la Física entre *Tyche* y *automaton*. Como en otros temas, ahí Lacan lacaniza al autor que está comentando. No obstante, llevar la distinción entre reproducción y repetición al campo del psicoanálisis es algo que hay que destacar dada su importancia clínica. Vayamos a otra traza.

En el texto sobre *Lo ominoso* de 1919 Freud establece la relación entre la vivencia de lo ominoso y la presencia de "dobles"

".....y por último, el permanente retorno de lo igual, la repetición de los mismos rasgos faciales, caracteres, destinos, hechos criminales, y hasta de los nombres a lo largo de varias generaciones sucesivas" (Freud,1976: 234).

En estas pocas líneas Freud expone diversos modos de repetición (no de reproducción) que posibilitan formular preguntas más precisas a partir de la clínica. Veamos, aunque sea de manera superficial, cada una de ellas. El "permanente retorno de lo igual" es la primera modalidad. La referencia a Nietzsche es obvia, así como lo es su influencia en la tesis central de *Más allá del principio del placer*. Sin embargo, no se puede decir que el sentido dado por el filósofo sea el mismo que el que le otorga Freud. El primero apunta al retorno de lo ente en su totalidad; el segundo está acotando fenómenos clínicos que son experimentados, por un sujeto, como ominosos. De hecho, está formulando una categoría que incluye a las siguientes modalidades de repetición y que tendrían como denominador común que "algo" se repite de manera transgeneracional. Se trata de repeticiones que aparentemente operan más allá de la economía del placer articulado a las representaciones. Con estos ejemplos, Freud no alude a la repetición que se da en el



sujeto a partir de su historia. En efecto, en el caso de los “mismos rasgos faciales” se trata de rasgos fenotípicos que evidentemente se pueden dar en cualquier soma. Lo que se “repite” es un mensaje genético, no algo correspondiente a la experiencia. La pregunta entonces es por qué un sujeto dado, experimenta de manera ominosa esos “mismos rasgos faciales” ahí donde otro lo podría vivir como un emblema o una distinción valorada narcisísticamente. Siguiendo varios planteamientos hechos por Freud a lo largo de su obra, se puede sostener que en la situación mencionada es el cuerpo, en su condición de ajenidad y de objeto que no ha sido libidinizado narcisísticamente, el que se revela como ominoso. Y en particular, es la marca fenotípica la que induce la vivencia de la presencia de otro en el cuerpo justo, a través de esa marca. Así, lo que el sujeto vive como repetición ominosa, no es reconocer una marca fenotípica, sino la experiencia de ajenidad del cuerpo. Diferente, aunque no tanto, es la situación con la repetición de hechos criminales y destinos. En relación a esto último no hay que perder de vista lo planteado por Freud respecto a las neurosis del destino. Pero, independientemente de las consideraciones que habría que hacer en relación a las condiciones psíquicas (identificaciones, sumatoria de acontecimientos traumáticos etcétera) e incluso sociales y culturales del sujeto, el aspecto a resaltar es la vivencia de un “destino impuesto” que repite un rasgo familiar. Repetición que, nuevamente, en algunos sujetos puede ser vivida como rasgo identificador y, consecuentemente, creador de vínculo, pero, en aquellos que es vivida como una experiencia ominosa, es la vivencia de una repetición que los expropia de la subjetividad lo que le confiere este carácter. Se trata entonces de la vivencia de una expropiación sea del cuerpo, sea de la subjetividad, la que es vivida como repetición ominosa. Lo que quiero subrayar a través de estos ejemplos puestos por Freud es que, pareciera que habría una especie de cualidad en algunas modalidades de repetición, en las cuales, aunque desde el punto de vista de un observador se trate de la misma repetición (caracteres, rasgos físicos, etcétera), dependen de la forma de experimentar del sujeto, que la vivencia de repetición sea placentera o no. Es decir, al menos en estos ejemplos no es

la especificidad de una modalidad de repetición la que estaría más allá del principio del placer; es la posibilidad o no que tiene el sujeto de investirla (vía identificaciones, libido narcisista) la que condiciona que esa modalidad de repetición entre en la economía del principio del placer. Lo mismo sucede con el último ejemplo puesto por Freud, el de los nombres que se repiten en varias generaciones. Quizá aquí se ponen en juego aspectos aún más complejos por todo lo que implica un nombre y el ser en tanto nombrado. Pero hay un punto que es el mismo; el tema de la vivencia de ser habitado por algo “ajeno” que no puede ser libidinizado y que, por lo tanto, se experimenta como repetición no placentera. Cabe entonces la pregunta, al menos en relación a estos ejemplos, de cuáles son las condiciones que posibilitan que algo que se repite sea llevado a la economía del principio del placer. Sigamos a otra traza.

Más allá del principio del placer es el texto en el cual Freud teoriza con más profundidad el tema de la repetición. El análisis respecto al juego del nieta es célebre y en muchos sentidos paradigmático. Habría mucho que comentar ya no solo respecto a lo escrito por Freud si no a lo que han trabajado sus comentaristas. Dado lo breve de este trabajo, me detendré en una nota a pie de página del texto freudiano:

“Esta interpretación fue certificada plenamente después por otra observación. Un día que la madre había estado ausente muchas horas, fue saludada a su regreso con esta comunicación: “bebé o-o-o-o”; primero esto resultó incomprendible, pero pronto se pudo comprobar que durante esa larga soledad el niño había encontrado un medio para hacerse desaparecer a sí mismo. Descubrió su imagen en el espejo del vestuario, que llegaba hasta el suelo, y luego le hurtó el cuerpo de manera tal que la imagen del espejo “se fue” (Freud, 1976: 15).

Resulta sorprendente que este episodio del espejo sea algo poco comentado en la literatura psicoanalítica. Cabe subrayar otro aspecto interesante y que ha sido pocas veces aclarado en la literatura; el niño realiza el juego del carrete no desde la cuna, como se comenta en

muchos textos, si no fuera de ella. El carrete es arrojado dentro de la cuna. Es curioso cómo un desliz, que hasta donde sé no es atribuible a alguien en particular, se ha repetido en los textos de psicoanálisis sin reparar en el error. Y bien, entonces Ernst, el nieto de Freud, estando en el suelo lleva a cabo el juego del carrete y también, en otro momento, realiza el juego con el espejo. Dentro de las múltiples lecturas que se pueden hacer hay una que por el momento quisiera comentar, siguiendo un planteamiento hecho al respecto por Lacan; es el niño quien desaparece a través de su imagen en el espejo al igual que es el niño el que desaparece al arrojar el carrete dentro de la cuna. Lo anterior no excluye que también la madre sea el carrete arrojado, lectura que, como se sabe, es la más difundida. Pero, el hecho de que él o-o- o-o que Freud entiende como fort, de cuenta de la ausencia del niño, es relevante. El juego del espejo, que con sus variantes cualquiera puede apreciar en niños, pone en evidencia la posibilidad de la ausencia, de la desaparición, de la invisibilidad del sujeto, pero se trata de la desaparición ante y para otro, de ese otro que es el Prójimo que da lugar al Complejo del Prójimo del que habla Freud en el *Proyecto*. El juego ante el espejo pone en movimiento la problemática de los lugares del sujeto; ¿dónde soy? ¿dónde es el da (ahí) del fort-da? El da del fort-da es toda una analítica del da-sein³ *** y esta analítica tiene, en la dialéctica especular que observa Freud, uno de sus gestos reveladores. Ernst no es Narciso pues puede sostenerse a pesar de la producción de la distancia infinita que se da con la ausencia del objeto. Ernst crea umbrales a partir de la superficie especular y la desaparición repetitiva de su imagen, tanto de un lado del espejo como del otro. En efecto, si el juego es generador de placer, es porque construye un espacio transicional en el que la actividad motriz y fantaseante, que involucran tanto a Ernst como a ese Prójimo, son en sí mismas placenteras, tanto por el proceso de corporeización que suponen, como por el investimento narcisista



³ La enorme riqueza que tienen las observaciones de Freud y su relación con lo que por los mismos años empezó a trabajar Heidegger respecto al Da-sein han sido particular y destacablemente trabajadas por Binswanger y Derrida. El primero, siempre con un pie en la obra de Husserl

que conllevan. Por supuesto también está la cuestión del conato de simbolización que implica el juego. Pero el aspecto a enfatizar es el placer que se obtiene con los procesos mencionados. Se trata entonces de una repetición que no está más allá del principio del placer. Veamos la última traza de este breve recorrido en torno al tema de la repetición en la obra freudiana.

En *Análisis terminable e interminable* de 1937 se puede leer lo siguiente:

“Desde luego que cada persona no emplea todos los mecanismos de defensa posibles, sino sólo cierta selección de ellos, pero estos se fijan en el interior del yo, devienen unos modos regulares de reacción del carácter, que durante toda la vida se repiten tan pronto como retorna una situación parecida a la originaria” (Freud, 1976: 239-40).

Este planteamiento en relación al tema del carácter, Freud ya lo había formulado desde la Interpretación de los sueños, o incluso antes. Menciono esto porque es una idea que tuvo muy pocos cambios a lo largo de la obra, si acaso, algunos matices. El carácter es entonces, en gran medida, repetición y se trata quizá de una modalidad que no se regula por el principio del placer. Veamos rápidamente tres características del carácter que van en esta dirección. En La Interpretación de los sueños, Freud plantea que se trata de impresiones producidas en los tiempos primordiales de constitución del aparato psíquico que nunca devienen conscientes. Su no devenir conscientes no se debe a que estén reprimidas. Son impresiones, huellas inmemorables, que resultan de vivencias en las que el yo y las diversas fronteras que se van construyendo en el aparato psíquico todavía no existen. Son por ello huellas indecibles pero que están en el fundamento del aparato mismo. No están reguladas por ninguno de los principios económicos ni por el proceso primario o secundario. Son huellas que se repiten cuando hay una “situación parecida a la originaria”. No tienen ningún sentido ni tampoco alguna finalidad simbolizante; se repiten ahí donde se desdibujan las fronteras y/o el yo pierde sus referentes. Esto revela que los rasgos de carácter que se repiten sean “la continuación inalterada de las pulsiones originarias”. Lo que

se repite es el recurso de las vías de facilitación enunciadas por Freud en el *Proyecto* y que posibilitan la descarga energética de una manera rápida y dúctil. Independientemente de que el aparato psíquico introduzca la economía placer-displacer en esa descarga, lo importante es que la vía facilitada es el camino de la repetición que Freud califica como huella de carácter. Se trata de una situación muy parecida a la del paciente que “padecía” el chasquido de lengua. En efecto, son ejemplos de la modalidad de repetición que ocurren más allá del principio del placer y de cualquier conato de simbolización. Por último, cuando Freud afirma que el carácter es “una sedimentación de las investiduras de objeto” está indicando un tema capital en torno a la repetición ya que, esa sedimentación, es el efecto de una serie de pérdidas de objeto que no pueden dar lugar a ningún trabajo de duelo. Son huellas vinculadas entonces a experiencias traumáticas que forman parte del carácter del yo y que se repiten más allá de todo deseo, voluntad o conato de simbolización. Es ésta, sin duda por su importancia en la clínica, una de las características de la repetición en la que se debe seguir ahondando.

Referencias

- Chamizo O. (2019) *Las sombras de narciso*. Siglo XXI editores. México.
- Freud S. (1976) Un caso de curación por hipnosis. *Obras completas* (I)158. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Freud S. (1976) La interpretación de los sueños. *Obras completas* (V)558. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Freud S. (1976) Lo ominoso. *Obras completas* (VII)234. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Freud S. (1976) *Obras completas* (XVIII) 15. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Freud S. (1976) *Obras completas* (XXIII) 239-240. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Freud S. (1976) La interpretación de los sueños. *Obras completas* (V) 558. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

visítanos en:

www.centrok.mx

anúnciate con nosotros



REFLEXIONES

LO TRANSGENERACIONAL EN LA ALIENACIÓN E INTERFERENCIA PARENTAL

Anabell Pagaza Arroyo¹



Resumen

Dedicada desde hace varios años a la clínica psicoanalítica con pacientes, a menudo he observado la repetición de las historias familiares en varias de las generaciones. No es poco frecuente encontrarnos con esta misma situación ante la interferencia parental. Abuelas que impidieron el vínculo de convivencia de sus hijos con los padres; madres que nuevamente impiden el vínculo de convivencia de sus hijos; y estos hijos, cuando son mayores, excluyen también de la vida de sus propios hijos a sus padres. Si me refiero a madres y no a padres, es porque tradicionalmente la custodia de los hijos se otorga preferentemente a ellas; sin embargo — aunque menos —, he trabajado con padres que también evitan la convivencia de sus hijos con las madres en varias generaciones, sobre todo, cuando el patrón repetitivo familiar y el secreto familiar ha sido la infidelidad femenina. Esta exclusión de uno u otro padre ha quedado en el subconsciente familiar, con lo cual se promueve este abuso como forma única de relación entre sus miembros y, en consecuencia, se observa un ciclo de transmisión transgeneracional.

Palabras clave: generaciones; intersubjetivo; patología parental; cuidado parental.

Abstract

Dedicated for several years to the psychoanalytic clinic with patients, I have often observed the repetition of family histories in several of the generations. It is not uncommon to find this same situation in the face of parental interference. Grandmothers who prevented the bond of coexistence of their children with their parents; mothers who again impede the bond of coexistence of their children; and these children, when they are older, also exclude their parents from their own children's lives. If I refer to mothers and not fathers, it is because traditionally the custody of children is given preferentially to them; however — although less so — I have worked with fathers who also avoid their children's coexistence with mothers for several generations, especially when the repetitive family pattern and family secret has been female infidelity. This exclusion of one or the other parent has remained in the family subconscious, there by promoting this abuse as a unique form of relationship between its members and, consequently, a transgenerational transmission cycle is observed.

Keywords: generations; intersubjective; parental pathology; parental care.

¹ Directora de la Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica y del Doctorado en Psicoanálisis UIC. Docente, analista y supervisora didáctica. Fue presidente del Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia A.C. Miembro de IARPP. Miembro de la Interamerican Society of Psychology. Su línea de investigación: Conflictivas ante el divorcio y la alienación parental.

Cómo citar:

Pagaza Arroyo, Anabell. (2021, abril). Lo transgeneracional en la alienación e interferencia parental. *VérticeK*, 7(0), 14-27.

INTRODUCCIÓN

Mi interés por profundizar en el tema de transmisión transgeneracional nace de la observación de rasgos comunes en el análisis con mis pacientes que han vivido situaciones traumáticas dentro de su propia familia. Mediante una observación clínica, desde la mirada psicoanalítica, se detecta la confluencia de tres elementos: **1)** el peso de la patología parental en los pacientes, **2)** la transmisión transgeneracional y **3)** las cualidades de las identificaciones específicas, en este caso, la exclusión de una de las figuras parentales. Estos tres aspectos generan la repetición de situaciones traumáticas en la vida de los pacientes.

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre las manifestaciones clínicas estrechamente ligadas a los modos vinculares, repeticiones transgeneracionales y ciertas identificaciones, con el fin de abrir el foco de observación a un escenario más vasto en el que podamos mirar al paciente inmerso en el contexto generacional. Considero que de esta manera podemos tener una perspectiva más amplia en la comprensión del fenómeno de la alienación parental, que genera tanta patología y sufrimiento. Pensar al inconsciente no sólo como instancia en el ámbito individual, sino con una dimensión más profunda que alcance el sustrato de los funcionamientos familiares, grupales e¹ institucionales, nos lleva a comprender e interpretar al individuo en sus circunstancias históricas y sociales con un enfoque terapéutico desde lo situacional y transgeneracional y poder entender de esta manera las repeticiones transgeneracionales traumáticas. Los seres humanos existimos como individuos y como miembros de una cadena generacional que cumple sin su voluntad consciente los objetivos del grupo y la especie. Desde nuestro nacimiento, ya somos miembros de distintos espacios psíquicos intersubjetivos desde los cuales nos es transmitida por vía

psíquica la formación de ideales, las referencias identificatorias, las representaciones, los mecanismos de defensa, las creencias, mitos, ritos e ideologías. En la concepción del sujeto psíquico como inseparable del grupo, se entrecruzan la transmisión intrapsíquica y la intersubjetiva. Al ser la familia el grupo primario y el espacio originario de la intersubjetividad, el niño hereda de aquélla el material psíquico indispensable a través de sus filiaciones materna y paterna.

Cada familia posee sus propios mitos familiares, constituidos por la propia historia y por un conjunto de creencias y fantasías inconscientes compartidas que se van transmitiendo de generación en generación. Ejemplifiquemos este punto con el mito familiar de que los hombres o las mujeres son malos; hay que expulsarlo de la vida de los hijos, pues numerosas veces encontramos falsas denuncias de abuso sexual. Las historias transgeneracionales de abuso sexual en la abuela son otro ejemplo, donde aparece el temor y una certeza² inconsciente de que los nietos serán abusados ante cualquier contacto amoroso con sus padres, por lo cual es mejor excluir a éstos de la vida de aquéllos.

El inconsciente de cada sujeto lleva la huella, en su estructura y contenido, del inconsciente de otro u otros. Estas transmisiones se producen en estratos inconscientes profundos y refieren a estructuras sincréticas; se producirían por el enquistamiento en el inconsciente de uno o todos los miembros de la familia, de formaciones inconscientes de otro con el que hace una identificación alienante. La representación de objeto transgeneracional es una construcción fantasmática inconsciente de sucesos a menudo traumáticos a la cual se adhieren los miembros de una familia. Cuando una experiencia con una gran carga emocional no es metabolizada, se convierte en un elemento inconsciente enquistado que se transmite mediante la comunicación no verbal y genera alianzas inconscientes las cuales

constituyen una de las vías de la transmisión. Todos nacemos con una historia genética, vincular y emocional; por lo tanto, hay una historia que nos preexiste, de la cual podemos ser herederos transmisores o, en ocasiones, meros prisioneros de esta historia (Rozenbaun, 2005). La transmisión transgeneracional estudia cómo el mundo representacional de los individuos de una generación puede influir en el mundo representacional de individuos de generaciones siguientes, cómo son estos fenómenos de la transmisión y cómo son los procesos por medio de los cuales se ponen en marcha. Se estudia la manera en que se repiten de una generación a otra las esencias de la vida psíquica de los antepasados, los modelos de vínculos, los patrones relacionales, las patologías parentales y la formación de otras. Habitualmente, estas transmisiones afectan a dos, tres o más generaciones.

Las situaciones traumáticas transgeneracionales son vividas por los descendientes sin la posibilidad de la metabolización psíquica, porque son experiencias que no han podido ser representadas. Predominan en pacientes con estructuras narcisistas, *borderline* o rasgos psicóticos, que presentan una especie de vacío narrativo en sus vidas (ya sea porque están situados en el no saber o porque lo que saben es innombrable) y mantienen cierto equilibrio psíquico, gracias a mecanismos de defensas primarios.

Uno de los principales postulados de la teoría psicoanalítica es la existencia de una concordancia intergeneracional en los patrones de relación, donde el vínculo temprano con la madre se internaliza y, posteriormente, se activa cuando se reedita y revive en otras relaciones significativas, lo cual se observa en la relación de pareja y en la liga emocional que se establece con los hijos.

Las hipótesis psicoanalíticas formuladas para explicarla influencia del mundo representacional de los padres y los abuelos son diversas; destaca, principalmente, la historia personal de la madre en el desarrollo y en la estructuración psíquica de un nuevo ser.

Fraiberg (1987) postula que en toda crianza existen fantasmas, visitantes del pasado no recordado de los padres, huéspedes no invitados al bautizo, que en algunas familias aparecen en escena en momentos inesperados, donde padres e hijos se encuentran a sí mismos protagonizando, reeditando, papeles de obras de tiempos pasados.

Otras familias se manifiestan como poseídas por sus fantasmas, huéspedes permanentes que claman por la tradición y por los derechos de permanencia y han estado presentes en dos o tres generaciones sin haber sido invitados. Selma Fraiberg considera que estos fantasmas son los que compelen a la repetición del pasado en el presente; es decir, los conflictos pasados no resueltos de los padres interfieren en la relación actual con sus hijos.

El bebé viene a ser un compañero silencioso en la tragedia familiar. El bebé es cargado por el pasado opresivo de sus padres desde el momento en que entra al mundo. Los padres parecen condenados a repetir, reeditar, la tragedia de su infancia con su propio bebé.



LA TRANSMISIÓN GENERACIONAL DE LA VIDA PSÍQUICA

La familia es el lugar por excelencia donde se da una serie de procesos psicológicos que forman al ser humano. Éste no nace en la nada, sino dentro de una familia que ya tiene una historia, un lenguaje, una religión, un conjunto de estilos para afrontar las diversas situaciones que plantea la vida. El ciclo de la vida comienza con el nacimiento y termina con la muerte. Pero en



cada una de sus etapas, el ser humano se ve engarzado entre una generación y la otra. Por lo tanto, con su propio estilo y de acuerdo con la época social que le corresponde vivir, acarrea estilos de comportamiento de una generación a la otra. Sus hijos harán lo mismo, y así sucesivamente.

La individualidad personal y original no existe. Los seres humanos somos retazos de nuestros ascendientes. Lo original está en la combinación, no en los elementos que la constituyen. Como dice José Saramago: "Nuestra biografía está en todo lo que hacemos y decimos, en todos los gestos, en la manera de sentarnos, en cómo andamos y miramos, cómo movemos la cabeza o cogemos un objeto del suelo".

Para incursionar en las concepciones que se desarrollan a continuación sobre la transmisión generacional, resulta necesario definir qué se entiende por tales términos.

Generación

Esta palabra proviene del latín *generatio*, *-ōnis*, que, a su vez, deriva del verbo *generare*. *Generatio* significa "acción y efecto de engendrar (dar vida a un nuevo ser) y de generar (producir)". A su vez, se le define como el conjunto de individuos que descienden de un otro en línea recta; el conjunto de personas que, habiendo nacido en fechas próximas y recibido educación e influjos culturales y sociales semejantes adoptan una actitud en cierto modo común en el ámbito del pensamiento o de la creación; y, por último, también significa "casta, género o especie" (Real Academia Española, 2014).

La generación, a su vez, ocupa un lugar en la memoria colectiva del grupo familiar y social (Halbwachs, 2004); posee referencias sociales e históricas que no revelan su propia producción, pero que son transmitidas de una generación a otra; es una suerte de relato de vida de la colectividad y, al mismo tiempo, su proyección en el futuro. La memoria colectiva opera como hilo conductor que une a las generaciones pasadas, presentes y futuras. Por tanto, la generación está impregnada de esta memoria colectiva que la enlaza a un pasado, la inscribe en el presente y la proyecta en el futuro. Asimismo, se entiende que la historia de cada generación se graba en el

presente gracias a la existencia de un patrimonio común transmisible. Partiendo de que existe dicho patrimonio común transmisible, resulta importante definir nuestro segundo concepto.

Transmisión

Este término proviene del latín *transmissio*, *-ōnis*, y significa "acción y efecto de transmitir". A su vez, *transmissio* deriva del verbo latino *transmittēre*, que refiere a la acción de trasladar o transferir y significa "hacer llegar a alguien mensajes o noticias, comunicar a otras personas enfermedades o estados de ánimo, y hacer pasar lo que uno ha recibido" (Real Academia Española, 2014).

Desde el enfoque psicoanalítico, autores como Soullié (2003) conciben la transmisión como una fuerza, una repetición o una sucesión de generaciones.

Son entonces las propiedades necesarias en la transmisión de un patrimonio convertido en herencia. Se trata de huellas, es decir, impresiones en hueco, borradas, olvidadas, que se señalizan por las manifestaciones residuales, de los rasgos psicopatológicos, de las disposiciones psíquicas; por ejemplo, el sentimiento inconsciente de culpabilidad o la violencia irreprimible y universal de los deseos incestuosos y mortíferos. Sus trazos velados, deformados, impresos en negativo, se manifiestan también en la tradición, los muertos, los rituales de las comunidades, la supervivencia de actitudes arcaicas (p. 18).

De esta manera, esos trazos continúan en el presente y se conjugan en el futuro, porque ellos entrelazan la construcción del narcisismo del sujeto. Cabe aclarar que lo transmitido por herencia es la capacidad de transmitir. Esa herencia transmite "una estructura, un código que une el sujeto a la colectividad, garantiza y protege su lugar, preserva el sentido" (Soullié, 2003: 18).

Freud (1913-1986) sostiene que "nada de lo que haya sido retenido podrá permanecer completamente inaccesible a la generación que sigue o a la ulterior" (cit. en Kaës, 1996:

21). El autor plantea que siempre va a surgir la necesidad de transmitir hacia otro aparato psíquico lo que no resulta posible sostener en el propio sujeto o entre sujetos que están ligados entre sí. Por consiguiente, se generarán huellas y síntomas que unirán entre sí a las generaciones, desconociendo éstas las causas de sus sufrimientos. En virtud de que el sujeto recibe dichos contenidos sin poder acceder a ellos mediante la palabra, entonces, la herencia “es una trasmisión de cosa”, lo que, en consecuencia, genera una violencia en la transmisión de ella (cit. en Kaës, 1996:20-21).

Por lo anterior, transmitir es un imperativo psíquico, una necesidad inconsciente vinculada a la pulsión de conservación y de continuidad de la vida psíquica. Esta pulsión de conservación, integrada en eros, constituye el inconsciente hereditario y su objetivo es la transmisión de la genética y la cultura a los sucesores. (Del Valle, 2014: 4).

LA TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL

Siguiendo los aportes de los textos freudianos, Kaës (1996) divide la transmisión psíquica en dos modalidades: la intergeneracional, que se realiza de padres a hijos, mientras todos se encuentran vivos; y la transgeneracional, en la cual lo inconsciente pasa a través de las generaciones. Entonces, se habla de transmisión intergeneracional:

Cuando la transmisión de contenidos psíquicos inconscientes de una generación a otra constituye el soporte de un narcisismo sano, base afectiva de la personalidad, necesario para la construcción de una identidad estable y de un funcionamiento mental desarrollado y armónico. Se trata de identificaciones interiorizadas que tienen como base la identificación empática, es decir, la incorporación e interiorización del otro, de lo otro —basada en la comunicación empática—, de contenidos psíquicos inconscientes (Larbán, 2011: 2).

Además, “la transmisión intergeneracional de contenidos psíquicos inconscientes es bidireccional e interactiva ya que se da entre los ascendentes y los descendientes vivos” (Larbán, 2011: 2) y es necesaria para la constitución del psiquismo del sujeto, pero también estos contenidos transmitidos tienen la posibilidad de ser transformados y hacerlos propios por quien los recibe, y de esta manera la transmisión intergeneracional de la herencia del psiquismo familiares recibido por una generación, memorizado, transformado, elaborado y transmitido a la nueva generación; pero en ocasiones se produce un enquistamiento de las formaciones inconscientes y es cuando se producen las identificaciones alienantes.



LA TRANSMISIÓN TRANSGENERACIONAL

Lo que ocurrió en el pasado sin ser pensado ni elaborado por aquellos que lo vivieron aparecerá, necesariamente, como síntoma en futuras generaciones.

J. Puget



La transmisión psíquica transgeneracional es esencialmente un proceso inconsciente que pasa por el modo de comunicación no verbal e infraverbal. En relación con esto, Delucca y Petriz (2004) conciben una transmisión realizada desde los ancestros a los padres y de los padres a los hijos, entretendiendo una trama, una cierta continuidad psíquica de las sucesivas generaciones a partir de la pertenencia a una cadena genealógica.

En este sentido, se considera que la transmisión transgeneracional de contenidos psíquicos inconscientes no es interactiva —en contraposición a lo explicitado en la transmisión intergeneracional—, ya que es unidireccional. Actúa como si fuese un legado que no se puede elaborar ni integrar; esto lleva a que se transmita inconscientemente de generación en generación entre los miembros de una familia.

En relación con estos conceptos, Gomel y Matus (2011) declaran lo siguiente: “Lo no ligado ancestral, las pérdidas con duelos no resueltos, lo traumático insemantizado, los secretos, lo desmentido y repudiado en una generación, se transmiten como blanco a las siguientes y retornan bajo el sesgo de la compulsión a la repetición, perforando la capacidad representativa de la psique” (p. 66).

El trabajo de transmisión puede fallar, lo que la torna alienante, y no estructurante para el sujeto. Éste es un tipo de transmisión que se produce sin modificaciones, “atravesa las generaciones y se impone en estado bruto a los descendientes”.

Lo que se transmite en este tipo de transmisión transgeneracional es lo que no logró inscripción, lo no representado y, por lo tanto, no permite una integración psíquica del sujeto, debido a que no hay posibilidad de simbolización de situaciones traumáticas. Aunado a esto, se observa que, cuando una situación traumática no se puede metabolizar adecuadamente a nivel familiar, este hecho queda desmentido o negado. Por consiguiente, aquello desmentido siempre alude a un hecho que está en la realidad, pero que resulta intolerable. Como consecuencia, la desmentida “puede mantener al paciente inmobilizado en el circuito de la repetición debido precisamente a la no inscripción psíquica de estas experiencias” (Del Valle, 2014: 11).

¿QUÉ ES LO QUE SE TRANSMITE?

Los seres humanos son un enlace dentro de la cadena de generaciones; por tanto, la pregunta respecto a la transmisión surge constantemente:

¿qué es lo que se hereda de los antepasados? Y, a su vez, nace una nueva pregunta: ¿qué transmiten los sujetos a sus descendientes?

La transmisión de la vida psíquica se sitúa en diferentes niveles: el familiar y el individual. En el nivel familiar, observamos la transmisión de elementos como reglas, tradiciones, hábitos familiares. A su vez, se transmite el *mito familiar*, es decir, el conjunto de creencias compartidas por los miembros de una misma familia, por ellos mismos o de las relaciones que los unen. En el nivel individual, observamos la transmisión de elementos como los tratos de personalidad, las representaciones mentales, los fantasmas, los mecanismos de defensa de los padres, abuelos y otros más. Las creencias sobre sí, sobre los otros, sobre el mundo, sobre la vida, así como las prohibiciones fundamentales, las reglas morales, los valores e ideales, pueden ser de ayuda o ser limitantes.

La transmisión familiar es una parte fundamental del proceso de construcción del sujeto. En dicho proceso, éste debe apropiarse del legado recibido, aportándole su singularidad. En consecuencia, deviene un sujeto portador de similitudes y rasgos que lo identifican como heredero de una determinada línea genealógica y, a su vez, diferente de las inscripciones familiares. Esa herencia se representará por medio de patrones, valores y deseos, así como también con los efectos de acontecimientos de tipo traumático que padecieron sus antecesores. Como estos acontecimientos no pudieron ser elaborados, entonces también serán parte de los significantes a heredarse. Un ejemplo de esto son los secretos familiares; pueden estar ligados a algún hecho vergonzoso que se comparte con algunos miembros de la familia y se ha vuelto un acontecimiento *indecible*.

Por otro lado, está la existencia de un secreto cuyo contenido es desconocido e ignorado por los descendientes y él mismo pertenece a las generaciones pasadas, lo cual lo torna, entonces, *innombrable*. Por último, está el *impensable*, donde el acontecimiento se encuentra también ligado a un secreto que los descendientes desconocen, pero que producen efectos en sus vidas, tornándose alienante.

Éste es el resultado de un entramado vincular en el cual participan todos los miembros que forman parte del vínculo. “Las alianzas inconscientes constituyen el sustrato inconsciente de los secretos” (Rojas, 2010: 26).

Rojas (2010) concibe que el secreto se apoya en los tres espacios psíquicos: el intrasubjetivo, el intersubjetivo y el transubjetivo. En el nivel intrasubjetivo, se relaciona con la evitación del castigo, de la vergüenza y, a su vez, con la movilización de ciertos mecanismos de defensa del sujeto, los cuales pueden ser percibidos en la clínica por medio de las resistencias que van emergiendo a lo largo del proceso psicoanalítico. Está relacionado con el narcisismo, debido a que el Yo “construye el secreto, ocultando un aspecto de la realidad que rechaza o pretende desconocer” (p. 27). En el nivel intersubjetivo, se relaciona con la preservación de los modelos familiares, los cuales están asentados en mitos familiares.

Debido a que esos modelos familiares están integrados por condiciones que tienen valor a nivel social, generan una identidad familiar hacia la cual el sujeto se ve obligado. En caso de desvelarse el secreto, esa identidad familiar sería puesta en tela de juicio, lo que desestabilizaría a todo el grupo familiar. Por ello, Alarcón (2012) refiere que “el secreto y el secreteamiento son síntomas de un funcionamiento vincular narcisista, cuya función defensiva es silenciar aquello que cuestiona los ideales familiares y evita la herida narcisista que su develamiento ocasionaría” (p. 27).

En el nivel transubjetivo, el secreto está relacionado con “el cuestionamiento de la pertenencia social del sujeto” (Alarcón, 2012: 26) y con “la transgresión del contrato narcisista, lo cual pone en peligro la pertenencia social del secreto [...] surgen entonces intensas ansiedades relacionadas con el temor a la ruptura definitiva de los vínculos, a la expulsión del grupo social; en fin, a la pérdida de la pertenencia social. El secreto emerge como defensa familiar frente a dichas ansiedades” (p. 28).

En general, los sujetos no son realmente conscientes del daño y las consecuencias que estos secretos y no-dichos pueden ocasionar en las futuras generaciones. Muchas veces, la vergüenza o la culpa llevan a que se prefiera ocultar, callar, silenciar, aquello que resulta doloroso de asumir. Otras tantas, se opta por no decir para evitar empeorar una determinada situación, pensando que al callar se evitará un sufrimiento mayor. Sin embargo, como reza el dicho popular, “quien calla otorga”. Y lo que se otorga es que los demás interpreten como puedan esos huecos o vacíos dejados por lo no-dicho, los secretos o silencios que persisten en el discurso familiar. De manera inconsciente, éstos son transmitidos por medio del cuerpo y del psiquismo, transfiriendo lo no elaborado a las siguientes generaciones e inundando el psiquismo del niño por medio de las identificaciones. Al decir de Fernández (1979), “aquello que se silencia en las palabras reaparece en el campo de lo sutil, infiltrándose de manera radical en la constitución de la personalidad del niño”.

Con frecuencia, lo que se secretea o calla a lo largo de las generaciones tiene su origen en eventos traumáticos de los cuales las familias no han logrado recuperarse. En general, éstos se encuentran relacionados con accidentes, muertes inesperadas, violaciones, incesto, abortos, cambios abruptos en el interior de una familia —como los divorcios— y diversas disputas familiares que derivan en el corte de los vínculos (conflictos por herencias, engaños, malentendidos y demás). Schützenberger (2008) se refiere al

traumatismo mental como “un suceso demasiado duro para la mente y el corazón, demasiado horroroso, inhumano, monstruoso, que nuestras estructuras mentales individuales y colectivas no consiguen digerir” (p. 4).

En el nivel familiar, las traumatizaciones continuarán porque los padres traumatizados “dejan en herencia” a sus hijos sus estructuras psíquicas traumatizadas, ya que el acontecimiento no pudo ser elaborado ni puede llevarse a cabo una apropiación. Sobre esto, Nicoló (1993) afirma:

El aspecto importante no es la naturaleza del trauma en sí mismo, sino más bien la incapacidad del sujeto o del grupo que lo rodea para elaborarlo. La falta de elaboración del trauma muestra consecuencias en las futuras generaciones. Las identificaciones alienantes se hunden en la línea de lo transgeneracional y llegan al psiquismo, muchas veces incipiente, como impactos bajo la lógica de los signos de percepción [...] alguien queda convertido en lo más cercano a lo inerte, al desecho, una especie de vivo-muerto cargando sobre sus espaldas el costo de atormentadas historias familiares (Gomel, 1997).

Dentro de los procesos identificatorios, García Badaracco (1985) reconoce que existen, por un lado, las identificaciones normogénicas y, por otro, las patogénicas.

Las normogénicas son estructurantes de un psiquismo sano, que puede realizar la distinción entre yo y no-yo. Las segundas incorporan al psiquismo “elementos que van a actuar como una presencia invasora y exigente, obligando a una reestructuración y sometimiento de las demás funciones mentales en función de esa presencia” (García Badaracco, 1985).

Por tanto, las patogénicas son identificaciones alienantes donde un “objeto invasor” reemplaza al Yo.

El autor aclara que, por lo general, estas identificaciones están relacionadas con situaciones de mucho padecimiento psíquico por parte de un antepasado. En referencia a esto, menciona que el rastreo de la historia familiar a menudo posibilita la reconstrucción de un árbol genealógico de identificaciones patógenas heredadas psíquicamente (García Badaracco, 1985).

Finalmente, otro tipo de identificación que debe mencionarse en la transmisión transgeneracional es la que Faimberg (2006) denomina *telescopaje de generaciones*, porque, según la autora, se trata de un tipo de identificación inconsciente y alienante.

LOS OTROS EN NOSOTROS... EL TELESCOPAJE DE GENERACIONES

Esta designación, que se debe a H. Faimberg (1985, 1988), subraya el valor de lo no dicho, de lo no especificado en la constitución del yo. Lo silenciado genera un vacío psíquico que no puede ser elaborado y, en consecuencia, termina invadiendo el espacio mental con un objeto interno que no se ausenta jamás, que está indeleblemente presente. Cuanto más complejos, traumáticos, abruptos y desconocidos sean los significantes familiares, tanto más patológicos e intrusivos serán.

La secuencia es clara: la primera generación no narra, no cuenta, omite poner palabras al suceso o situación traumática o dolorosa, por lo cual queda como un tabú que pretende evitar la retraumatización de la víctima directa o de las indirectas; la segunda generación intuye, respira algo extraño (entre lo dicho y lo no dicho), pero en el entorno nadie nombra el tabú y se vive de espaldas a él: lo clivado está descatectizado. En apariencia, la tercera generación ni siquiera piensa en ello, pero está en letargo; aquí impera la presencia de lo "muerto-vivo".

En los setenta, Haydeé Faimberg (2006) descubre que parte de los conflictos inconscientes de sus pacientes se encontraba vinculada con generaciones de sus predecesores. En este momento es cuando asocia dicho proceso con el término *telescopaje*. Esta palabra significa que,

en determinadas ocasiones, existen objetos que quedan incrustados, encarnados o imbricados dentro de otros, en una relación de continuidad, lo cual es una forma particular de identificación, ya que dichas identificaciones se encuentran clivadas o escindidas, por lo que resultan mudas y, por lo tanto, inaudibles. Mediante una historia secreta del paciente, esas identificaciones comienzan a escucharse, a descubrirse, y el objeto de identificación deriva en sí mismo de un objeto histórico. Este tipo de proceso de identificación condensa una historia que no pertenece a la generación del paciente. La autora denomina *telescopaje de generaciones* a la condensación de tres generaciones, en la cual las tres generaciones están *telescopadas*. Así, define una identificación de carácter narcisista inconsciente y alienante que condensa las generaciones, y donde la historia de los padres pasa a estar encajada en la historia y vida de sus hijos y nietos.

Ese tipo de identificaciones resulta necesario para que el sujeto logre estructurarse psíquicamente de una manera adecuada; sin embargo, por el hecho de ser narcisistas alienantes, es una identificación que va a estar vinculada al narcisismo de los padres, y uno de ellos va a intentar apropiarse de los atributos del hijo, intentando quitarle aquello que le genera placer; además, lo "odiará" cuando intente alejarse de los deseos que depositaron en él. En esta instancia, el niño comienza a procurar un vínculo de amor con sus padres y se instaura un pacto denegativo que termina alienándolo.

Por lo tanto, cuando existen identificaciones inconscientes alienantes, aquellos que son portadores de lo indecible o impensable avalan el pacto denegativo. Como consecuencia, se plantea una dualidad para el sujeto, entre ser para sí mismo o ser el eslabón de una cadena característica y singular en cada familia, la cual cada generación asume como pacto o lealtad para no interrumpir el flujo de la transmisión.

Así, en la primera generación, el acontecimiento traumático es indecible; está presente psíquicamente en aquellos que lo han vivido, pero no pueden mencionarlo, por su carácter frecuentemente vergonzante. En la generación siguiente, los hijos criados por

padres criptóforos son poseedores de un fantasma y los acontecimientos no pueden ser objeto de ninguna representación verbal; por lo tanto, son innombrables. Sus contenidos son desconocidos, pero su existencia es presentida. En la tercera generación, los acontecimientos de los abuelos ya no son innombrables: han devenido impensables.

CONCLUSIONES

Transmitir es inherente al ser humano; existe una fuerza que lo impulsa a hacerlo y, gracias a esta capacidad, la humanidad ha logrado permanecer, perpetuarse, y evolucionar. La transmisión de la vida psíquica de los sujetos puede clasificarse en dos modalidades diferentes: la transmisión intergeneracional (entre las generaciones) y la transgeneracional (por medio de las generaciones); es por medio de la familia, la cultura y las identificaciones, que diversos contenidos son transmitidos. En la primera, el sujeto debe realizar un trabajo de apropiación de los contenidos que le son transmitidos. La segunda ocurre mayoritariamente en el nivel inconsciente; es en ella, donde el sujeto recibe en forma de legados aquellos contenidos psíquicos que no han podido ser elaborados por las generaciones anteriores. Los secretos, lo desmentido, los duelos no elaborados, lo no ligado, los hechos traumáticos que no se han podido expresar; se transmiten generación tras generación, en espera del momento oportuno para emerger.

La familia cumple una función fundamental en la vida de todo sujeto; sin embargo, muchas veces también es generadora de secretos y silencios frente a hechos vergonzosos, muertes trágicas, encarcelamientos, traiciones, abusos, incestos y pérdidas. Estos secretos surgen como defensa para poder mantener la identidad familiar intacta, incorrupta mediante alianzas y pactos que, en el ámbito familiar, pueden realizarse tanto de manera consciente como inconsciente. Por tanto, no es necesario expresarlos verbalmente para que existan y se perpetúen generación tras generación. Estas generaciones pueden quedar telescopadas en identificaciones narcisistas que resultan alienantes para los sujetos que las reciben, ya que no pueden apropiarse de

ellas, porque le fueron impuestas por medio de sus antepasados.

En una particular modalidad de clivaje del Yo, el contenido de estos secretos y mitos familiares pueden ser encriptados. El ocultamiento de hechos de tal envergadura supone una perturbación en la estructura familiar que lo padece. A menudo, resulta estremecedor en los casos de alienación parental constatar esta compulsión de repetición, cual si los sujetos implicados fueran meras marionetas impelidas a cumplir un mandato o a ejecutar un encargo, sin que se sepa el origen de tal inducción. Ciegos, ignorantes de que con ello organizan, garantizan la “continuidad de la cultura del grupo familiar” (Nicoló, 1993).

Es así como la propuesta del enfoque transgeneracional en la atención de la alienación parental brinda al trabajo clínico un camino para ayudar a explicarnos dinámicas inconscientes familiares que hacen que el paciente repita ciertas situaciones de vida, y a entender cómo es que algunas conductas pueden estar determinadas por la historia psicológica de generaciones anteriores.

Asimismo, incluir en la historia personal de un paciente su historia familiar transgeneracional nos ayuda a comprender y utilizar de un mejor modo la herencia psíquica familiar y transformarla al disolver las cargas familiares inconscientes y, de esa manera, resolver las situaciones excluidas de la conciencia familiar y las creencias que las sostienen.

El tratamiento terapéutico trataría de ver cómo se transmiten los síntomas, los mecanismos de defensa, la organización de las relaciones de objeto, las identificaciones con las fantasías inconscientes del objeto y con el propio objeto. Esto también implica tener la mirada de cómo se estructuraron los vínculos en el medio familiar. Se presta atención a la vivencia del tiempo, a la memoria y a la relación del sujeto con su propia historia psíquica que podrán ser modificadas mediante experiencias de representación, desidentificación e historización por medio de la relación transferencial y la importancia del papel del terapeuta como puente en la interacción entre presente y pasado.

Referencias

- Alarcón de Soler M. (2012, diciembre) Secretos familiares. Interrogantes y reflexiones. *PSIMONART*, 5(1-2), 23-35.
- Berenstein I. (1981) *Psicoanálisis de la estructura familiar. Del destino a la significación*. Paidós. Barcelona.
- Del Valle M. (2014, enero) Transmisión transgeneracional y situaciones traumáticas. *Temas de Psicoanálisis*, 7.
- Delucca N. y Petriz G. (2004) *La transmisión transgeneracional en las nuevas modalidades familiares*. UBA.
- Eiquer A. (1998) La parte maldita de la herencia. En A. Eiquer, A. Cares, F. André-Fustier, A. Aubertel, A. Ciccoine y R. Kaës, *Lo generacional: abordaje en terapia familiarpsicoanalítica*, 25-81. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Faimberg H. (1996) A la escucha del telescopaje de las generaciones: pertinencia psicoanalítica del concepto. En: *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Faimberg H. (2006) El telescopaje [encaje] de generaciones: genealogía de las identificaciones alienantes. En: *El telescopaje de generaciones*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Faimberg H. (2006) Pertinencia psicoanalítica del concepto de telescopaje de generaciones. En: *El telescopaje de generaciones*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Fernández, A. (1979) Formas patológicas de la comunicación en el niño. Fascículo 3: El silencio. *Revista de la Asociación de Psiquiatría y Psicopatología de la infancia y la adolescencia*, 6 (3), 183-190.
- Fraiberg, H. (1987) *Los años mágicos*. Marfil S.A. Valencia
- Freud S. (1976) *Recordar, repetir, reelaborar*. En: *Obras completas*, (12), 145-157. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Freud S. (1986) *Duelo y melancolía*. En: *Obras completas*, (14), 235-254. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Freud S. (1986) *Introducción al narcisismo*. En: *Obras completas*, (14), 19-27. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Freud S. (1986) *Tótem y tabú*. En: *Obras completas*, (13), 1-164. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- García Badaracco, J. (1985) Identificación y sus vicisitudes en las psicosis: la importancia del concepto de "objeto enloquecedor". *Revista de Psicoanálisis*, 42 (3), 495-514.
- Gomel, S. (1997) *Transmisión generacional, familia y subjetividad*. Lugar editorial. Argentina.
- Matus S. (2011) *Conjeturas psicopatológicas: clínica psicoanalítica de familia y pareja*. Psicolibros. Buenos Aires.
- Halbwachs M. (2004) *La memoria colectiva*. (Trad. de Inés Sancho-Arroyo) Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Iglesias M. (2017) La transmisión transgeneracional de secretos y no-dichos en el entramado inconsciente familiar (Tesis de grado). Facultad de Psicología: Uruguay.
- Kaës R. (1996) Introducción al concepto de transmisión psíquica en el pensamiento de Freud. En: R. Kaës, H. Faimberg,
- M. Enríquez y J. Baranes. *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Kaës R., Faimberg H., Enríquez M. y Baranes J. (1996) Introducción: el sujeto de la herencia. En: R. Kaës, H. Faimberg,
- M. Enríquez y J. Baranes. *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Laplanche J. y Pontalis J. B. (2004) *Diccionario de Psicoanálisis*, 447-451. Paidós. Barcelona.
- Larbán J. L. (2011) Transmisión psíquica inconsciente de contenido traumático. <https://es.scribd.com/doc/66203708/Transmision-Psiquica-Inconsciente-de-Contenido-Traumatic>
- Nicolás A. (1993) Lo transgeneracional, entre mito y secreto. En: Seminario Internacional de Estudios "Dinámicas intergeneracionales en el desarrollo de la clínica". Nápoles. <http://psicologiagrupal.cl/documentos/articulos/artword/LO%20TRANSGENERACIONAL.pdf>

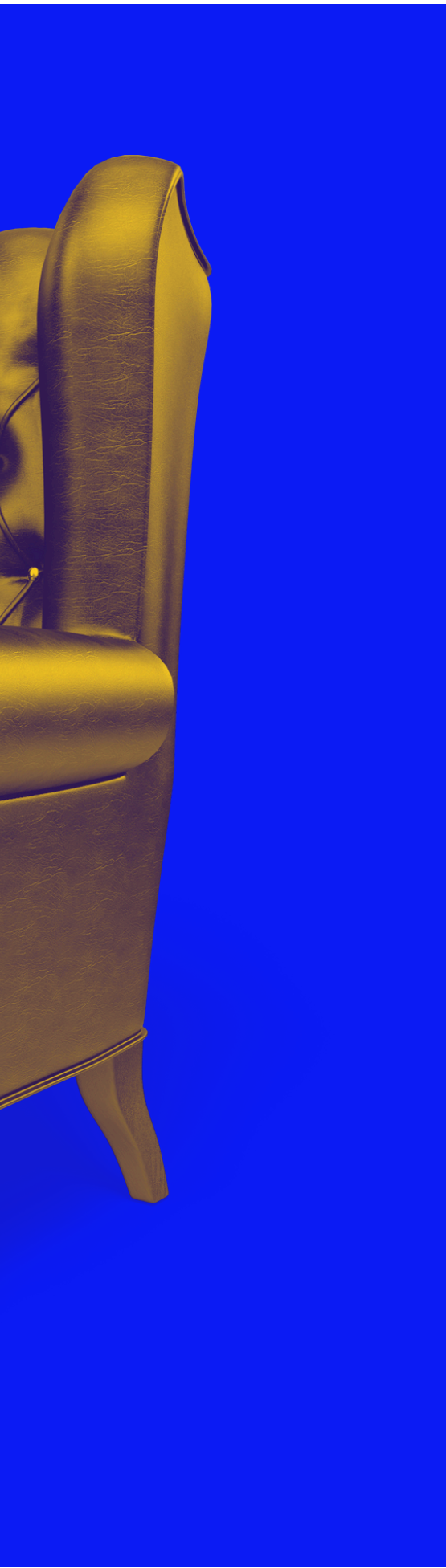
- Puget J. y Wender L. (1980) Los secretos y el secreteamiento, *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 1(1), Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Real Academia Española (2014) *Diccionario de la lengua española*. <http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23a-edicion-2014>.
- Rojas M. C. (1998) Realidad psíquica, vincular y social. Funciones del lazo familiar. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo: Malestar en los Vínculos*, (1), 117-130. <http://www.aappg.org/wp-content/uploads/1998-N%C2%BA1.pdf>.
- Rojas M.C. (2020) Secretos y verdades en la familia: su incidencia en las problemáticas de la niñez. *Construção Psicopedagógica*, 18(16), 24-33. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542010000100003&lng=pt&tlng=es.
- Rozenbaum A. (2005) Trauma, transmisión generacional e historización, *Revista de Psicoanálisis*, (LXII, 2), 399-406.
- Sánchez S. (2015) Guiones de vida transgeneracionales. La transmisión oculta de la patología. *Temas de Psicoanálisis*, (12).
- Schützenberger A. A. (2008) ¡Ay, mis ancestros! Lazos transgeneracionales, secretos de familia, síndrome de aniversario, transmisión de los traumatismos y práctica del genosociograma. Taurus. <http://librosgratis.com/search/docs/Ay+mis+ancestros>.
- Soullié M. (2003) Processus de transmission de la genèse à la génération, *Dialogue*, 2 (160) 17-26. <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2003-2-page-17.htm>.

REFLEXIONES

HACIA UN MODELO INTEGRATIVO “VINCULAR- SISTÉMICO” ... UN EJERCICIO DE INTERDISCIPLINARIEDAD

Luis Adrián Aldrete Quiñones¹





Resumen

En este trabajo se presentan seis lineamientos generales a seguir por parte de un terapeuta que busca llevar a cabo un trabajo terapéutico integrativo con familias y/o con parejas, tomando como base los marcos de referencia sistémico estructural y psicoanalítico vincular. Para llegar a la propuesta de estos seis lineamientos, se desarrollaron diferentes nociones del conocimiento como las características del paradigma de la simplicidad y del pensamiento complejo, las limitaciones del campo de la disciplinariedad en oposición con la apertura y flexibilidad de la propuesta de interdisciplinariedad. Asimismo se presentó una síntesis de los enfoques sistémico estructural y psicoanalítico vincular que en este espacio, se les toma como base para lo que se denomina como el plano horizontal interaccional y el plano vertical intersubjetivo respectivamente. Posteriormente se reflexiona sobre lo expuesto en los desarrollos antes mencionados y en función de esto, se presentan las seis características con las que el terapeuta que pretende hacer un trabajo integrativo debe contar. Por último se presenta, lo que desde la opinión del autor son tres características básicas a considerar en el trabajo terapéutico con un modelo integrativo.

Palabras clave: disciplinariedad; interdisciplinariedad; enfoque sistémico estructural; enfoque psicoanalítico vincular; plano horizontal interaccional; plano vertical intersubjetivo; el timing empático.

Abstract

In this work, six general guidelines are presented to be followed by a therapist who seeks to carry out an integrative therapeutic work with families and / or couples, taking as a basis the systemic structural and psychoanalytic linking frameworks. To arrive at the proposal of these six guidelines, different notions of knowledge were developed, such as the characteristics of the paradigm of simplicity and complex thinking, the limitations of the field of disciplinarity in opposition to the openness and flexibility of the interdisciplinarity proposal. Likewise, a synthesis of the systemic structural and psychoanalytic linking approaches was presented, which in this space are taken as the basis for what is called the interactional horizontal plane and the intersubjective vertical plane respectively. Subsequently, it is reflected on the exposed in the aforementioned developments and based on this, the six characteristics that the therapist who intends to do an integrative work must have are presented. Finally, it is presented what, from the author's opinion, are three basic characteristics to consider in therapeutic work with an integrative model.

Keywords: disciplinarity; interdisciplinarity; structural systemic approach; linking psychoanalytic approach; interactional horizontal plane; intersubjective vertical plane; empathic timing.

¹ Psicólogo por la UAM-Xochimilco, psicoanalista por la AMPAG y la UIC. Profesor en la UPN y la UIC. Consulta privada, terapeuta familiar y de pareja por el Instituto de la Familia IFAC.

Cómo citar:

Aldrete Quiñones, Luis Adrián. (2021, abril). Hacia un modelo integrativo "vincular-sistémico" ... Un ejercicio de interdisciplinariedad *VérticeK*, 1(0), 28-39.

INTRODUCCIÓN

Por atención psicoterapéutica se entiende a la aplicación de conocimientos científicos psicológicos y de otras disciplinas, dirigidos al tratamiento de problemáticas psico afectivas interaccionales a través de estrategias y técnicas que cuentan con dispositivos específicos, ya sea para el trabajo con individuos, parejas, familias, grupos y/o instituciones. En nuestro país, hay una gran heterogeneidad de programas académicos de postgrado dentro del campo de la psicoterapia, que han formado muchas generaciones de psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas y metodológicas para su práctica e investigación clínica. Pero a pesar de que existe una amplia variedad teórica y práctica en este campo, por lo general los diferentes gremios de profesionales de la salud mental han caminado por separado “orgullosos y celosos de su saber”, mostrándose renuentes a interactuar con abordajes terapéuticos distintos al propio y con esto, pocas veces se intenta hacer interdisciplinariedad entre dos o más orientaciones terapéuticas para la conformación de modelos integrativos. En este sentido (Castro, 1996, p. 96) comenta que “La producción científica es un proceso organizado por sectores, donde cada uno de ellos maneja un campo específico de la realidad [...] los grupos humanos que se organizan para generar conocimiento sobre¹ cada sector son, precisamente, las comunidades científicas”.

Un ejemplo de lo anterior es la añeja polémica entre los enfoques sistémico y psicoanalítico en torno al trabajo terapéutico con familias y parejas, que a la fecha no se ha resuelto del todo satisfactoriamente. En este sentido (Losso, 2001) menciona que tal vez los grupos más conservadores del campo psicoanalítico, junto con las fuertes resistencias de sus pares más “purista” dentro del campo sistémico, sean algunas de las razones que han contribuido para

que el psicoanálisis y la terapia sistémica familiar defiendan sus paradigmas, aunque esto les haya llevado a caminar como dos disciplinas ajenas durante décadas. Thomas Khun comenta en relación a la idea anterior que en la estructura de una disciplina científica, un paradigma “es lo que los miembros de una comunidad científica y sólo ellos comparten. [...] la posesión de un paradigma común [...] constituye una comunidad científica formada a su vez por hombres diferentes en todos sus aspectos” (Khun, 1987, p. 318). Así, pareciera que estos paradigmas disciplinares atrapan, más que socializar y liberar la construcción creativa del pensamiento científico.

Partiendo de lo anterior, el filósofo y sociólogo francés Edgar Morin, hace una reflexión interesante en la que plantea que el pensamiento científico disciplinar vive bajo el imperio de la disyunción, sucumbiendo al paradigma de la simplicidad. Es decir, que desde este pensamiento las disciplinas científicas dirigen su foco hacia el conocimiento desde desarrollos parcializados, cada vez más especializados y en aislamiento para explicar las partes de un todo complejo; este paradigma según Morin es reduccionista y no acepta contradicciones. Pero afortunadamente Morin también menciona que está el paradigma de la complejidad, en el que a través de uno de sus tres principios, “el dialógico”, se plantea que para la explicación de un fenómeno complejo es posible asociar dos términos complementarios y a la vez antagonistas, ya que se acepta la contradicción y las múltiples perspectivas para la explicación de dicho fenómeno, aludiendo que éstas explicaciones perfeccionan su comprensión y permiten ver las diferencias como necesarias complementariedades (Morin, 2001).

OBJETIVO

Siguiendo la propuesta de pensamiento complejo de Morin, en este escrito se tiene como objetivo: *presentar un conjunto de reflexiones que apuntan a señalar los lineamientos generales a seguir por*

parte de un terapeuta, que busca llevar a cabo un trabajo integrativo, tomando como base los marcos de referencia sistémico estructural y psicoanalítico vincular, en el abordaje con un grupo familiar y/o de pareja. Lo anterior para bosquejar la construcción de un modelo integrativo que en esta fase, tenga como base la interdisciplinariedad, pero que aspire a pasar a la transdisciplinariedad una vez que este modelo integrativo se constituya más ampliamente con la construcción y unificación de un marco teórico y práctico propio.

DESCRIPCIÓN

Para alcanzar el objetivo de este trabajo, se presenta el desarrollo de diferentes nociones del conocimiento en el siguiente orden: “el pensamiento complejo interdisciplinario como respuesta al pensamiento disciplinar”, “el enfoque sistémico”, “el enfoque psicoanalítico vincular”, “Interdisciplinariedad, horizontalidad y verticalidad”, “el plano horizontal interaccional”, “el plano vertical intersubjetivo”, “complementariedad en la interdisciplinariedad”, “el timing empático” y “conclusiones”. En el siguiente párrafo se presenta la primer noción del conocimiento a desarrollar en este escrito.

EL PENSAMIENTO COMPLEJO INTERDISCIPLINARIO COMO RESPUESTA AL PENSAMIENTO DISCIPLINAR.

Yzaimar G. Colina (Yzaimar, 2017) plantea que la interdisciplinariedad puede ser vista como una respuesta contra la excesiva especialización en aislamiento, que en ocasiones prevalece en el desarrollo de la ciencia contemporánea a través de la disciplinariedad. La interdisciplinariedad señala que parcializar el conocimiento como se propone por la disciplinariedad, si bien permite clarificar fragmentos de una realidad compleja, al mismo tiempo entorpece el entendido amplio de dicha realidad y en ocasiones, puede generar que se pierda contacto con el problema original. Julio Grisolia por su parte menciona que la interdisciplinariedad busca diferenciarse del “saber” mono-disciplinar a través de la participación conjunta de diversas disciplinas para aportar dentro de su campo, aquello que sea apropiado, necesario y suficiente, para el

entendimiento más amplio del objeto específico de estudio. Así, la interdisciplinariedad como método de trabajo, se muestra como un espacio flexible en el que cabe la combinación de enfoques de distintos “saberes”, que se inter-vinculan de diferentes formas específicas, sin perder su lógica científica y características propias, para que puedan ser adecuados, necesarios y suficientes en la resolución de un determinado problema que puede desbordar los límites de una sola rama del saber o campo científico definido (Grisolia, 2016). De esta manera, se puede decir que la flexibilidad y apertura al pensamiento complejo, que lleve al terapeuta a contar con la capacidad de integrar nuevos “saberes” teóricos y estratégicos, aunado a que observe y siga rigurosamente la lógica científica de cada una de las disciplinas que hacen interdisciplinariedad, son dos de los lineamientos con los que se espera cuente el terapeuta que pretenda hacer un abordaje integrativo; pero también hay un aspecto básico a considerar como otra característica en el perfil de este tipo de terapeuta y es que éste, debe contar con el conocimiento amplio y profundo de las disciplinas con las que se pretende hacer interdisciplinariedad, que en este caso son los enfoques sistémico comunicacional y psicoanalítico vincular. Se presenta a continuación una muy breve descripción de las particularidades nodales de ambos modelos.

EL ENFOQUE SISTÉMICO ESTRUCTURAL

El Dr. Salvador Minuchin, médico psiquiatra, psicoanalista y terapeuta familiar, siendo director en la clínica de orientación infantil de Filadelfia entre 1965 y 1970, crea un enfoque terapéutico centrado en la estructura de las familias, en el que propuso que los procesos del sistema familiar, son consecuencia de las dinámicas internas que se gestan en la familia con base en las diferentes estructuras que ésta puede presentar. (Minuchin, 2009) señala que dentro de la terapia sistémica contemporánea hay una amplia variedad de derivaciones, pero que la característica unificadora en todas ellas está en que se concibe a la familia como un sistema que atraviesa por un ciclo vital, que cuenta con los subsistemas conyugal, parental, filial y que como todos los sistemas, presentan las propiedades



y tendencias hacia el cambio y el equilibrio a lo largo de todo su crecimiento. De la misma forma, se percibe al síntoma en cualquier integrante de la familia, como el portavoz de una serie de interacciones disfuncionales en las que se le deposita el malestar general. Se plantea así, que el síntoma puede mantenerse a través de interacciones familiares disfuncionales para no perder su tendencia homeostática (equilibrio) o el “statusquo” que otorga al paciente identificado y a toda la familia ganancias secundarias, a pesar de su compleja situación.

El enfoque sistémico estructural se diferencia de otros enfoques sistémicos en que considera que es precisamente la **estructura** con que cada familia y pareja cuenta, la que hará que tienda mayormente a la funcionalidad o bien hacia la disfuncionalidad; es decir, en la medida de que los subsistemas conyugal, parental y filial, estén bien definidos en cuanto a su jerarquía, roles, reglas y fronteras generacionales, tanto hacia el exterior como al interior, la estructura familiar estará bien delimitada y con ello podrán hacer frente a los retos que traiga consigo cada etapa de su ciclo vital o circunstancias de emergencia que en la familia se presente. Así, Minuchin señala que la interacción predominante familiar es la que lleva a que ésta tenga un determinado tipo de estructura y con esto, una tendencia hacia la funcionalidad o disfuncionalidad. Para esto, establece tres tipos de interacción a los que denomina límites o tipos de comunicación, estos son los límites claros, los límites difusos y los límites rígidos, señala que los límites claros son los más adecuados para la tendencia hacia la funcionalidad de la familia, dado que éstos se caracterizan por establecer mensajes claros que definen roles, reglas y jerarquías y fronteras generacionales, a la par este tipo de límites pueden ser negociables por los integrantes de la familia. Mientras que los límites difusos no establecen con claridad el mensaje, ni las reglas, roles ni jerarquías, este tipo de límite caracteriza a familias sumamente caóticas y desligadas entre sí, dado que al no existir alguien que asuma de forma adecuada un rol o guía parental, los integrantes de la familia se muestran confundidos y caóticos por no tener esta guía afectiva e instrumental estructurante que establece reglas, roles y fronteras entre las generaciones del grupo familiar; por lo general

esta situación puede generar que cada integrante de la familia se muestre alejado y ajeno al otro, con una extraña “libertad caótica o confusa” debido a la falta de una autoridad afectiva coherente y clara que defina funciones, tanto al interior como al exterior de la familia. En estas condiciones los integrantes de estas familias con límites difusos, muestran una sensación de pobreza afectiva, desesperanza y de ausencia de sentimientos de fidelidad y de pertenencia. Por otra parte están los límites rígidos en la familia, éstos si bien definen jerarquías, roles, reglas y fronteras generacionales, son disfuncionales e inamovibles, ya que aun cuando el mensaje que se presenta es entendible, al mismo tiempo no da posibilidad de negociación por la misma rigidez de quienes ostentan la autoridad familiar. Este tipo de vínculos familiares tienden a generar relaciones de sometimiento o bien, de ruptura con la familia, como una forma de protesta en contra de la inflexibilidad de las normas y/o reglas familiares, dado que “someten/aprisionan” a los integrantes de la familia con menor jerarquía (Minuchin, 2009).

La intervención terapéutica desde un enfoque sistémico estructural debe centrarse primero en observar la dinámica familiar que se presenta como consecuencia de la interacción comunicacional predominante y con ello, debe prestar atención a las reglas, los límites, las jerarquías y alianzas preponderantes en la familia. Posteriormente, a través de intervenciones dirigidas a las interacciones más constantes de la dinámica familiar, es que el terapeuta propicia modificaciones en las relaciones disfuncionales del sistema, que hacen que aparezca el síntoma en el paciente identificado. Se parte entonces de entender que los cambios, equilibrios y procesos del sistema familiar, son consecuencia de las dinámicas e interacciones comunicacionales que se gestan en su interior y con ello, de la forma como se establecen las jerarquías, roles, reglas, alianzas y límites que sostienen una determinada estructura familiar. El terapeuta dirige su intervención hacia variables específicas como los límites o las fronteras intergeneracionales por medio de la identificación de los diferentes tipos de comunicación (clara, rígida y laxa) que en el sistema familiar se presenta, ya que establecen ¿quién, cómo y de qué forma? participa en

función de las jerarquías, reglas y roles al interior de la familia. Así, cuando se interviene en estas variables en el proceso terapéutico, se presupone que la modificación de las reglas concernientes a los límites o comunicación, afectarán en los roles y jerarquías, impactando profundamente a las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que, en un momento dado, contienen y mantienen el síntoma, tales alteraciones obligan a la familia a reestructurarse sobre bases menos patológicas y a presentar una nueva estructura que tienda más a la funcionalidad familiar (Minuchin, Nichols, & Lee, 2011).

EL ENFOQUE PSICOANALÍTICO VINCULAR

Según (Pichón Riviere, 2002) por vínculo en el psicoanálisis vincular, se entiende a la estructura compleja inconsciente bidireccional o multidireccional, que se presenta entre por lo menos dos yoes, en una familia, pareja, grupo o institución, en los que éstos yoes establecen entre si una relación intersubjetiva estable, pero que al mismo tiempo da cabida al mundo intrasubjetivo y transubjetivo de cada sujeto y en donde se comparten diversas fantasías inconscientes como una manera de coproducción vincular. Janine Puget, una de las figuras más importantes dentro del psicoanálisis vincular, comenta que históricamente, el dispositivo psicoanalítico vincular comenzó siendo una excepción que fue imponiendo los encuadres familiar y de pareja, cuando los analistas encontraban obstáculos en su práctica psicoanalítica individual, al pretender explicar un conflicto vincular desde la teoría pensada para comprender el espacio intrapsíquico.

Así, el psicoanálisis vincular, comenzó nutriéndose de los cuerpos teóricos psicoanalíticos que cada uno de los analistas practicantes de este dispositivo consideraba viables para entender lo vincular entre dos o más sujetos. (Puget, 2009).

Para tener una mayor claridad sobre la vincularidad, Miguel Spivacow, (Spivacow, 2002) propone un modelo de aparato psíquico como producto de un triple registro, organizado en espacios psíquicos en los que cada uno se refiere al tipo de representación mental que el yo establece con su propio cuerpo, con cada uno

o varios otros y con el mundo circundante. Así, se reconoce un espacio *intrasubjetivo*, como el espacio del mundo interno objetal, cuyos contenidos se dirigen a las representaciones del yo con relación a sí mismo, implican como componentes la unidireccionalidad, la pulsión, la fantasía y las relaciones de objeto. El espacio *intersubjetivo*, que contiene la representación inconsciente del yo y los otros dentro del psiquismo, incluye los acuerdos y pactos inconscientes, la relación ya no es de sujeto a objeto sino de sujeto a sujeto, es una relación de un yo con otro u otros yoes, con características de extraterritorialidad a la cual se le puede llamar vínculo o relación intersubjetiva que presupondría una interfantasmaticación entre los sujetos como una coproducción del vínculo. Por último está el espacio *transubjetivo*, que es la relación establecida entre un yo y el macro contexto sociocultural en el que se encuentre. La articulación entre los planos intrasubjetivo, intersubjetivo y transubjetivo da cuenta de un modelo *psicoanalítico vincular* en el que se privilegia el campo relacional, pero se incluye el mundo objetal y la depositación que se hace de este mundo interno en el macro contexto sociocultural.

Dentro del trabajo clínico vincular, (Moguillansky, 2013) distingue cuatro tipos de modelos: Uno, en el que *la noción de vínculo se incorpora en la práctica clínica sin una modificación sustancial de las formulaciones clásicas del inconsciente y del narcisismo*. Desde este modelo se comprende la complejidad del vínculo entre los integrantes de la pareja y/o familia, en función de las proyecciones e introyecciones cruzadas entre sus integrantes, que les lleva a establecer complicidades y expectativas de reciprocidad. La cura desde este modelo, se dirige al esclarecimiento en cada integrante sobre las proyecciones y la elaboración de la desilusión proveniente al comprobar que el otro no coincide con el ideal del yo propio. Algunos psicoanalistas que pueden ubicarse en este modelo son Henry Dicks (discípulo de Fairbairn), Jurg Willi, Guillermo Teruel, Nathan Ackerman, David Sharffy Jean Lamaire. Otro modelo es en el que *se propone la existencia de procesos vinculares que tienen efectos inconscientes en el seno del vínculo*. Su representante es René Kâes y el punto nodal de esta propuesta es el

pacto denegativo, a través del cual se busca explicar las solidaridades subjetivas que se presentan en grupos, familias y parejas, en tanto encuentran su principio de correlación en lo que mantiene unido *lo conjunto* como tal y desde el punto de vista de la realidad psíquica que en él se forma. En este modelo se puede observar a psicoanalistas como Roberto Losso y su concepto de *identificaciones triviales*, a Alberto Eiguer y su noción de *interfantasmaticación* en la familia y a Miguel Spivacow que señala que la perspectiva intersubjetiva sólo puede entenderse si se concibe al psiquismo como un sistema abierto en continuidad-discontinuidad con el otro/otros y la comprensión de las determinaciones y funcionamientos psíquicos se apoya en la consideración de este sistema abierto sujeto-otro/otros. Un tercer modelo es el que plantea *una estructura u organización inconsciente intermediaria transindividual*. Su representante es Isidoro Berenstein con su propuesta de *estructura familiar inconsciente* (EFI), con este planteamiento Berenstein intenta fundamentar la existencia de un orden inconsciente interpersonal, que explique los diferentes vínculos familiares. En los comienzos de su teorización vincular supuso que la *estructura familiar inconsciente* definía lugares y conflictos en el interior de la familia. Asimismo, infirió que las *relaciones* familiares tienen un carácter simbólico cuyo significado se encuentra en la estructura inconsciente, pero al mismo tiempo enfatizaba que las relaciones familiares y la estructura familiar inconsciente pertenecen a dos niveles lógicos diferentes. Uno se ubica más en el campo de la *relación familiar*, que se refiere a la forma cómo en general se interactúa en la familia y otro nivel, es el de las determinaciones inconscientes que son dadas por la *estructura familiar inconsciente*. Finalmente está el modelo en el que *se enfatiza el papel de lo nuevo, del acontecimiento del vínculo, separándose de las nociones de repetición y de causalidad histórica*. Este modelo también tiene como uno de sus representantes a Isidoro Berenstein, pero se le suma Janine Puget y Julio Moreno. Los tres hacen un cuestionamiento radical de todo determinismo psíquico inconsciente Freudiano o de cualquier causalidad, señalando que en una relación de dos o más personas es imposible determinar tanto el destino de esta relación, como

el comportamiento de estos sujetos partiendo de una determinación psíquica. Proponen en cambio que en encuentro entre dos alteridades se producen eventos novedosos que no pueden ser reductibles a la identificación, sino al papel de lo que *el acontecimiento produce* en el vínculo, un producto ahistórico novedoso, que no puede reducirse a una “mera repetición”.

INTERDISCIPLINARIEDAD, HORIZONTALIDAD Y VERTICALIDAD

Una vez que se han descrito algunos de los puntos nodales del enfoque sistémico estructural y psicoanalítico vincular y con la idea de dirigirnos a la búsqueda de la complementariedad entre ambos modelos, cabe recordar que (Grisolia, 2016) y (Yzaimar, 2017) siguiendo el paradigma del pensamiento complejo (Morin, 2001), señalan que la interdisciplinariedad es un método de trabajo flexible y abierto a la complementariedad de distintos “saberes” sobre un mismo objeto de estudio. Pero al mismo tiempo, estos “saberes” no deben perder su lógica científica ni sus métodos en la explicación de la parte que les corresponde abordar de dicho objeto de estudio. Así, con base a lo anterior, se plantea que el terapeuta que hace un abordaje terapéutico integrativo, debe contar con las características de conocer amplia y profundamente los enfoques antes mencionados y a la par, debe respetar rigurosamente su lógica científica, sus técnicas y procesos de intervención. Por esta razón se establece que el terapeuta visualice y distinga en su intervención dos planos diferenciados dentro de este tipo de proceso terapéutico, un plano al que se le denominará de la horizontalidad y que toma como base al modelo sistémico estructural y un plano nombrado de la verticalidad, que hace lo propio, pero con el modelo psicoanalítico vincular. Ambos planos se describen a continuación.

EL PLANO HORIZONTAL INTERACCIONAL

Tiene como referente al marco sistémico estructural y se orienta hacia los diferentes procesos comunicacionales, tanto al interior como al exterior del sistema familiar y de pareja. El foco del terapeuta se dirige hacia la identificación e intervención en los límites, jerarquías, reglas, roles y fronteras generacionales predominantes

en una dinámica familiar y/o de pareja, que les lleva a presentar una estructura interaccional determinada y con ello tanto los subsistemas como el sistema general, puede tender hacia la funcionalidad o bien hacia la disfuncionalidad. En este plano de la horizontalidad, el terapeuta percibe la comunicación en la familia y/o la pareja como procesos interaccionales, y los explica con base a la propuesta de Paul Watzlawick y sus axiomas de la comunicación (Watzlawick, 2006); así, considera que toda conducta humana es interacción que trae consigo invariablemente un acto comunicativo, que a la vez cuenta con niveles analógicos, digitales, de relación, de contenido, de simetría y complementariedad. De esta manera, en este plano se percibe al síntoma como una consecuencia de interacciones comunicacionales disfuncionales, que pueden oscilar de ser rígidas, caóticas y/o difusas. Asimismo, la intervención del terapeuta puede fluctuar de ser pasiva o sumamente activa e incluso directiva, se dirige hacia reorganizar los procesos interaccionales disfuncionales a través de estrategias estructurales como la coparticipación con el grupo familiar, el desafío, las intervenciones reestructurantes y de cambio de visión. La meta en este plano horizontal es cambiar la organización familiar, los límites entre subsistemas y las jerarquías, introduciendo novedad y diversidad en las estrategias de la vida de la familia que sustituyan a las pautas de rigidez y rutina crónica que caracterizan el sistema patológico.

EL PLANO VERTICAL INTERSUBJETIVO

Este plano tiene como referente al marco psicoanalítico vincular, desde este encuadre el terapeuta supone la existencia de una estructura familiar y de pareja inconsciente, se expresa mediante la formación de distintas configuraciones vinculares, sostenidas y apuntaladas por la co-construcción de diferentes tramas interfantasmáticas en la familia y/o en la pareja. Asimismo, el terapeuta da por sentado que el conjunto de estos procesos comprenden tanto los mundos internos del espacio intrasubjetivo de cada uno de los integrantes en la familia o la pareja, como las depositaciones inconscientes en el mundo externo sociocultural

transubjetivo, ambos espacios psíquicos en la interacción con el o los otros sujetos promueven enlaces inconscientes y vincularidad, que es el espacio prioritario de trabajo y se le denomina de la intersubjetividad. La premisa fundamental de la que parte el terapeuta es que la experiencia psíquica y los procesos mentales son el producto de la influencia recíproca o multidireccional entre el sujeto y el otro u otros del contexto intersubjetivo y que el vínculo es la estructura básica del funcionamiento mental, como un espacio de interinfluencia y determinación psíquica generado por las investiduras recíprocas de dos o más sujetos cuyos psiquismos son abiertos, interconectados y coproducentes de diferentes tramas interfantasmáticas y ensamblajes inconscientes. En este plano de la verticalidad, la intervención del terapeuta puede oscilar de ser escucha pasiva y abstinenta o ser medianamente activa, pero nunca directiva; asimismo el síntoma es percibido como producto de un ensamblaje inconsciente patológico que genera una trama interfantasmática que sostiene y mantiene un síntoma familiar o en la pareja, trayendo consigo diversas ganancias secundarias inconscientes que son complementarias en la familia y/o la pareja. La intervención del terapeuta si bien considera los espacios intrasubjetivo y transubjetivos, fundamentalmente señala, confronta e interpreta de manera bipolar o multipolar el espacio intersubjetivo vincular. El objetivo de este plano de la verticalidad, es que la interpretación vincular sea mutativa, es decir, que produzca un cambio mental en el vínculo familiar o de la pareja, en los tres espacios psíquicos (intra, inter y transubjetivo). Que se transite del vínculo narcisista al vínculo objetal.

COMPLEMENTARIEDAD EN LA INTERDISCIPLINARIEDAD

De esta forma, para que en este ejercicio de interdisciplinariedad el terapeuta pueda llevar a cabo de mejor forma su trabajo en un modelo integrativo, es esencial que a la par de distinguir los alcances y límites tanto de los planos *horizontal interaccional* como *vertical intersubjetivo*, el terapeuta partiendo del pensamiento complejo, cuente con la flexibilidad que da este paradigma para observar a estos dos planos como un

todo, que en su dinámica esta en “*continuum constante*”. Es decir, que cada plano (horizontal y vertical) se retroalimenta y sostiene mutuamente con el otro, de manera que a las múltiples formas conductuales-comunicacionales presentes en el sistema familia/pareja no son otra cosa más que la parte observable de su capacidad para expresar vínculos o ensamblajes inconscientes en el mundo externo. Y de la misma forma, las características de ligadura inconsciente o vincular sólo podrán suponerse, señalarse e interpretarse a través de la observación de las expresiones conductuales-comunicacionales de la pareja y/o de la familia ubicadas en el plano *horizontal*. Así, el terapeuta con una mirada más integrativa debe contar con el conocimiento teórico profundo de ambos planos, pero a la par, debe tener la capacidad de concebir el todo complejo que conforman ambos planos en su “*continuum constante*”.

EL TIMING EMPÁTICO

Los planos horizontal y vertical son espacios dinámicos siempre presentes que se coproducen y retroalimentan continuamente, se encuentran en la familia y/o la pareja como un todo complejo a abordar en el trabajo terapéutico. Pero dentro de un proceso terapéutico integrativo, ¿qué dimensión orienta al terapeuta para que éste dé prioridad en su abordaje al plano horizontal o vertical, o bien a ambos? Para contestar esta pregunta conviene retomar lo que (Zuckerfeld, 2015) señala en relación con el “timing analítico”. Menciona que es más una capacidad empática del terapeuta, que un recurso técnico. Y entendido de esta forma, se puede suponer entonces que esta dimensión puede orientar al terapeuta para que en distintos momentos del proceso terapéutico, vea conveniente centrar su atención, ritmo y el monto de la intervención en un plano, en otro, o en ambos. Se parte entonces de que el timing no es una decisión técnica, sino más bien es una capacidad empática y dimensión nodal para realizar una intervención en el trabajo terapéutico. En este sentido (Zuckerfeld R. *Ibidem*) menciona que el potencial curativo o iatrogénico de la psicoterapia no depende tanto de un determinado tiempo marcado para hacer una intervención, sino de la calidad del encuentro en el espacio analítico. De esta

manera, señala que no existe el timing perfecto ni errores importantes de timing, sino más bien, que es la calidad del encuentro pensado desde la alianza terapéutica, lo que constituye el indicador fundamental del proceso y de su éxito, más allá de la duración y frecuencia de sesiones. De lo anterior, parece que se desprende el último lineamiento que se espera que tenga el terapeuta “integrativo” y se refiere a que debe contar con la sensibilidad necesaria y el buen manejo de las diferentes circunstancias transferenciales y contratransferenciales, para hacer uso de un “timing técnico/empático” adecuado, que logre una fuerte alianza terapéutica con la familia y/o pareja, y que gracias a este recurso, le permita optar de la mejor forma posible para intervenir ya sea un plano, en otro o bien en ambos planos, considerando siempre el beneficio del proceso terapéutico.

CONCLUSIONES

Una vez que se han expuesto en este escrito las reflexiones en torno a los desarrollos de distintas nociones del conocimiento, se puede decir que se observan por lo menos seis lineamientos generales que se esperaría estén presentes en el perfil del terapeuta, que busca llevar a cabo un trabajo con un modelo integrativo para familias o parejas. Estos son los siguientes:

- Que el terapeuta cuente con la flexibilidad y apertura al pensamiento complejo, de manera que le permita tener la capacidad y disposición para integrar nuevos “saberes” teóricos y estratégicos.
- Que pueda pasar de un pensamiento disciplinar a uno interdisciplinar de forma que pueda integrar ideas y conceptos aparentemente antagónicos, pero que desde el principio dialógico, los pueda percibir como necesarios y complementarios para el entendimiento de un todo complejo.
- Que aunado a la apertura a la interdisciplinariedad, observe y siga rigurosamente la lógica científica, técnicas y estrategias de cada una de las disciplinas que hacen interdisciplinariedad.

- Que el terapeuta cuente con una formación teórica y entrenamiento clínico suficiente, que le permita tener un conocimiento amplio y profundo de las disciplinas con las que se pretende hacer interdisciplinariedad, que en este caso son los enfoques sistémico estructural y psicoanalítico vincular.
- Que con este conocimiento, si bien el terapeuta distingue con claridad el plano horizontal ligado al enfoque sistémico estructural y el plano vertical, ligado al enfoque psicoanalítico vincular, los puede concebir a la par, en todo momento como un todo complejo conformado por ambos planos en su "continuum constante" de retroalimentación.
- Que el terapeuta cuente con la sensibilidad necesaria y el buen manejo de las diferentes circunstancias transferenciales y contratransferenciales, para hacer uso de un *timing* técnico/empático adecuado, que logre y permita una fuerte alianza terapéutica con la familia y/o pareja.
- "*El qué*", que hace referencia a que el terapeuta sepa "qué" esta haciendo, teniendo de base un conocimiento y entrenamiento teórico práctico profundo de los marcos de referencia que componen el abordaje integrativo.
- "*El cuándo*" que señala la necesidad de que el terapeuta cuente con la sensibilidad y la práctica adecuada, para llevar a cabo intervenciones con un adecuado "timing técnico/empático" en uno, otro o ambos planos y con ello, que consiga una fuerte alianza terapéutica.
- "*El cómo*" que se refiere a que teniendo en cuenta los dos puntos anteriores, el terapeuta cuente con los recursos necesarios para elegir "el cómo" o la técnica/estrategia de intervención idónea para el momento y la circunstancia con la que esté lidiando en el proceso terapéutico.

Estos son algunos de los lineamientos con los que se esperaría que el terapeuta cuente para hacer un trabajo integrativo. Para terminar, quisiera comentar que considero que todo modelo terapéutico integrativo puede nutrirse de más de dos disciplinas, pero al mismo tiempo creo que un aspecto nodal para que cualquier modelo integrativo sea funcional, es que aquellas disciplinas que lo conformen deben ser conocidas a profundidad por parte del terapeuta y/o del equipo terapéutico y que a la par, se cuente con la sensibilidad que da la adecuada noción del "timing técnico/empático" para llevar a cabo la intervención terapéutica. Asimismo, se esperaría que si se hace un adecuado manejo del "timing técnico/empático" el terapeuta sabrá cuál es el plano y la técnica/estrategia más adecuada a utilizar en un momento determinado del proceso terapéutico, en beneficio del paciente (es). En suma, que en un abordaje integrativo estén cubiertos por lo menos los siguientes tres puntos:

Referencias

- Berenstein I. (2010) *Clínica familiar psicoanalítica. Estructura y acontecimiento*. Paidós. Barcelona.
- Castro J. A. (1996) El ámbito de lo disciplinar y lo profesional en el currículo. *Educación física y deporte*, 96-102.
- Grisolia J. (2016, julio 29) Interdisciplinariedad. *Revista del instituto de estudios interdisciplinarios en derecho social y relaciones del trabajo (IDEIDES-UNTREF)*.
- Kães R. (1996) *El sujeto de herencia, en transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Khun T. (1987) *La tensión esencial Estudios selectos sobre la tradición y el cambio en el ámbito de la ciencia*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Losso R. (2001) *Psicoanálisis de la familia. Recorridos teórico-clínicos*. Lumen.
- Minuchin S. (2009) *Familias y terapia familiar*. Gedisa.

Referencias

- Minuchin S., Nichols M. P. y Lee W.-Y. (2011) *Evaluación de familias y parejas. Del síntoma al sistema*. Paidós. Barcelona.
- Moguillansky R. (2013) *Teoría y clínica vincular, fundamentos teóricos del abordaje clínico de la pareja y la familia*. (1). Lugar Editorial.
- Morin E. (1994, junio) *Sur l'interdisciplinarité*. <https://cirettransdisciplinarity.org/bulletin/b2c2.php>
- Morin E. (2001) *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Morin E. (2002) "La Cabeza bien puesta. Repensar la Reforma. Reformar el pensamiento" (1ª ed. 4ª reimp.) Ediciones Nueva Visión. SAIC, Buenos Aires.
- Pereira R. (2014) Revisión histórica de la terapia familiar. *Revisión Histórica de la TF*. <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Revisi%C3%B3n-Hist%C3%B3rica-de-la-TF.-Roberto-Pereira-2014.pdf>
- Pichón Riviere E. (2002) *Teoría del vínculo*. Nueva visión. SAIC, Buenos Aires.
- Puget J. (2009) Teoría de la técnica. Qué, cómo, cuando, dónde, por qué, para qué, una clínica. *Vínculo - Revista do NESME*, 6 (2), 113-144.
- Sager C. J. (1966) the treatment of married couples. En Arieti, S. American handbook of psychiatry, (III). Basic Books.
- Spivacow M. (2002) La perspectiva intersubjetiva y sus destinos: la terapia psicoanalítica de pareja. *Revista internacional de psicoanálisis, Aperturas*. <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000205>
- Watzlawick P. (2006) *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Herder.
- Yzaimar C. D. (2017, junio) Pensar la interdisciplinariedad como diálogo de racionalidad. *Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología*.
- Zukerfeld R. y Znis Zukerfeld, R. (2005) *Procesos terciarios: de la vulnerabilidad a la resiliencia*. Aperturas psicoanalíticas. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000408>
- Zukerfeld R. (2015) Temporalidades psicoanalíticas: sobre el timing y los hábitos. *Revista de la sociedad argentina de psicoanálisis*, (19), 35-48.

REFLEXIONES

¿QUÉ ES EL PSICOANÁLISIS RELACIONAL?

Rosa Velasco Fraile¹





Resumen

Psicoanálisis Relacional es una forma de psicoterapia centrada en la relación, cuyo principal objetivo es el tratamiento del sufrimiento psíquico con el consecuente desbloqueo de iniciativas necesarias para el desarrollo emocional. Este trabajo además de exponer la definición y el desarrollo contextual del término Psicoanálisis Relacional incluye la escena clínica “En busca de un lugar en el mundo” con el objetivo de poder articular teoría y práctica psicoanalítica. Una primera versión de este artículo se publicó en la revista electrónica Clínica e Investigación Relacional (CeIR), 2 en el 2009. En esta ocasión el presente trabajo, en su versión actualizada, incluye los desarrollos del Psicoanálisis Relacional en México

Palabras clave: Psicoanálisis Relacional, Intersubjetividad, Self, Empatía, Mutualidad, Apego, Neurociencia, Contexto, Afectos, Vergüenza, Identidad, Iniciativa, Sexualidad, Trauma psíquico, Conexión emocional, Conocimiento Relacional Implícito (CRI), Desarrollo emocional. México.

Abstract

Relational Psychoanalysis is a relationship-centred psychotherapy. Its principal objective is to treat mental suffering with the consequential unblocking of initiatives necessary for emotional development. This paper, as well as offering a definition and the contextual development of the term Relational Psychoanalysis, includes a description of a clinical case, “Trying to find a place in the world”, with the aim of articulating psychoanalytical theory and practice.

Keywords: Relational Psychoanalysis, Intersubjectivity, Self, Empathy, Mutuality, Attachment, Neuroscience, Context, Affects, Shame, Identity, Initiative, Sexuality, Psychological trauma, Emotional connection, Implicit Relational Knowing (IRK), Emotional development.

¹ Médico Psicoanalista. Miembro de la Sociedad Psicoanalítica Española (IPA) y ex presidenta de IARPP-E (Asociación Internacional para el Psicoanálisis y la Psicoterapia Relacional en España). Reside y trabaja en Barcelona.

² Velasco Fraile, R. (2009). ¿Qué es el Psicoanálisis Relacional? Clínica e Investigación Relacional (CeIR), 3 (1), 58. <http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/CEIRPortada/tabid/216/Default.aspx>

Cómo citar:

Velasco Fraile, Rosa. (2021, abril). ¿Qué es el Psicoanálisis Relacional? *VérticeK*, 1(0), 40-52.

Psicoanálisis Relacional: Conjunto de desarrollos teóricos, técnicos y clínicos que vienen contribuyendo a la evolución de la psicoterapia psicoanalítica hacia una forma de psicoterapia que explica la dinámica intrapsíquica en su ámbito natural de origen y evolución: la intersubjetividad o la amplia trama de relaciones que contribuyen y en la que se despliega la subjetividad.

El núcleo conceptual del pensamiento relacional es que las personas están incluidas en una matriz relacional, la experiencia de las relaciones tempranas y su repercusión en la realidad presente, que da forma continuamente al desarrollo y expresión de la personalidad.

El término "Psicoanálisis Relacional" es de uso relativamente reciente. Integra a una variedad de teorías psicoanalíticas que han evolucionado desde las ideas originales de Freud. Este abordaje contemporáneo, ecléctico y abierto, ha crecido y se ha desarrollado principalmente en los EEUU durante los últimos 20 años y desde donde, actualmente, se expande mundialmente. Esta nueva perspectiva incluye aportaciones del Psicoanálisis Interpersonal (H.S.Sullivan), de la Escuela Inglesa de las Relaciones de Objeto (W.R. Fairbairn), de la Self -Psychology (H. Kohut) y sus continuadores, de teóricos considerados "independientes" (Winnicott, Balint), están también incluidas las perspectivas psicosociales psicoanalíticas latinoamericanas (Pichon Riviére, W. y M. Baranger), así como las recientes aportaciones de psicoanalistas contemporáneos: Grupo de Boston para el Estudio del Cambio Psíquico (Stern, Lyons-Ruth, Tronick), Intersubjetivistas (Stolorow, Atwood, Orange) y Self-Psychology contemporánea (Lachmann, Lichtenberg, Morrison).

La obra que pone en marcha la reciente articulación de esta perspectiva es *Las Relaciones de Objeto en la Teoría Psicoanalítica* (1983), de Jay Greenberg y Stephen Mitchell, quienes plantean la problemática de integración

de los dos distintos e incompatibles puntos de vista psicoanalíticos sobre la naturaleza humana. Por un lado estaría la teoría pulsional clásica que deriva de la tradición filosófica que considera a la persona en su individualidad y a las metas y deseos humanos como esencialmente personales e individuales. En contraste, la teoría relacional mantiene la posición filosófica de que la persona es primordialmente social y que las satisfacciones humanas son realizables únicamente dentro del contexto social. Consecuentemente desde la perspectiva relacional el centro de interés no está en la mente aislada (Stolorow y Atwood, 1992) como unidad de estudio, sino que está en la relación en sí misma, es decir, en la psicología de "dos personas".

En el modelo relacional, la clásica noción de conflicto se mantiene, pero este es entendido enmarcado dentro del conflicto de fidelidad hacia los padres, una idea atribuible a Fairbairn en su teoría de la relación de objeto. Así, el conflicto no se localiza en la persona, sino que este debe ser explorado tanto en su expresión intrapersonal como interpersonal.

Desde la perspectiva psicoanalítica relacional, la empatía es central en el proceso terapéutico. El analista, privilegia la empatía sobre cualquier otro concepto para entender los modos de relación de su paciente. Considerando lo que sucede en el plano consciente, pero sobre todo la recreación inconsciente de las matrices relacionales que determinan tanto a analista como a paciente en la compleja relación que ambos experimentan.

Otro concepto importante del psicoanálisis relacional es la intersubjetividad, es decir, la consideración del intercambio intersubjetivo como determinante para el desarrollo del *self*. Robert Stolorow y sus colegas (G. Atwood y D. Orange) usan el término intersubjetivo cuando dos subjetividades constituyen el campo, incluso si uno no reconoce la del otro como una subjetividad separada. Los afectos (amor, rabia, vergüenza, culpa...) surgen del intercambio

de subjetividades. El afecto de vergüenza es el afecto central del *self*, ocupará un lugar relevante en esta perspectiva (Morrison, Orange, Lichtenberg). Para un desarrollo saludable del *self* es necesaria una relación que incluya el reconocimiento del estado mental subjetivo del otro, así como el de uno mismo. Las investigaciones en primera infancia llevadas a cabo por Daniel Stern, Beatrice Bebee, E. Tronick y Lyons-Ruth sobre el desarrollo del *self* evidencian la necesidad de relación intersubjetiva. Stern y los componentes del Grupo de Estudio para el Cambio Psíquico (Boston), aportan al psicoanálisis relacional el concepto de "Conocimiento Relacional Implícito" (CRI), de gran utilidad para la comprensión de las dinámicas preverbales, en "el aquí y ahora" de la relación terapéutica. Este concepto deriva de los resultados de la investigación en primera infancia llevada a cabo por el grupo de Boston, y define aquellos conocimientos emocionales que hemos adquirido de manera inconsciente en la relación con los otros, especialmente con los adultos que nos acompañaron significativamente en la infancia.

Un principio fundamental del modelo relacional es el de mutualidad. Mutualidad es un proceso psicodinámico, que aporta S. Ferenczi (y que recientemente L. Aron ha desarrollado), en el que paciente y analista están mutuamente regulados o mutuamente influidos cada uno con el otro, consciente e inconscientemente. Esta regulación mutua, origina sentimientos, pensamientos, y acciones. El análisis es una interacción entre dos personalidades, cada una con su propio gradiente saludable y con su propia dinámica patológica. Así la clásica autoridad del analista se transforma en una respetuosa exploración de una realidad conjunta, dando lugar a significados mutuos que el analista y el paciente van co-construyendo. Aunque no son iguales, ya que el analista contribuye predominantemente con una actitud empática y el analizado con una disposición a ser empáticamente comprendido. En la práctica psicoanalítica relacional, la subjetividad del analista y su implicación personal juega un destacado papel en el tratamiento. El analista relacional no funciona como una pantalla blanca en la que se proyectan los contenidos mentales del paciente

sino como un atento observador intensamente comprometido emocionalmente con su paciente. Actualmente estos desarrollos teóricos junto a las correspondientes innovaciones clínicas son ya un auténtico cambio que ha empezado a revolucionar la práctica psicoanalítica.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

La práctica psicoanalítica ha evolucionado considerablemente desde las contribuciones originales de Freud. El modelo instintivista o pulsional de la teoría freudiana enfatiza el conflicto entre ello, yo y superyó en los estadios psicosexuales por los que atraviesa el niño en su desarrollo. La interpretación, principal forma de intervención clínica del análisis freudiano, va dirigida al contenido inconsciente (impulsos sexuales y agresivos), con la finalidad de hacerlos conscientes. Para el modelo freudiano el relato es un derivado de los instintos sexuales y agresivos primarios, modelado por las defensas.

El actual cambio de paradigma desde el clásico modelo pulsional hasta el modelo relacional tuvo sus orígenes en dos pioneros psicoanalistas: los europeos Sandor Ferenczi y Otto Rank. Los dos fueron discípulos de Freud y en 1924 colaboraban explorando la primacía de la experiencia en "el aquí y ahora" de la transferencia. Rank elaboró su teoría del nacimiento, subrayando la importancia de las relaciones tempranas y su influencia en la interacción terapéutica. Ferenczi teorizó sobre la mutualidad de las relaciones en el desarrollo humano y en el proceso clínico.

Trabajando en los EEUU y después de la 2ª guerra mundial, Harry Stack Sullivan revisó las ideas psicoanalíticas freudianas en su teoría de una Psiquiatría Interpersonal. En una informal colaboración con Erich Fromm, Karen Horney, Frida Fromm-Reichman, y Clara Thompson, Sullivan discrepará del punto de vista prevaleciente de la psicopatología centrada en lo individual. Consideró que las necesidades humanas son inseparables del campo interpersonal y que centrarse en lo individual sin considerar el pasado y el presente relacional no era ir en una buena dirección. Sullivan enfatizó que las relaciones humanas son un prerrequisito para un buen desarrollo psicológico y constituyen una buena protección frente a la

ansiedad. En el tratamiento, consideraba central “el aquí y ahora” de la interacción paciente-terapeuta. Posteriormente, Thompson organizó los conceptos constituyentes del Psicoanálisis Interpersonal y contribuyó a su institucionalización a través de la Escuela de Psiquiatría de Washington y del Instituto Psicoanalítico William Alanson White de N.Y. Entonces, dos diferentes abordajes clínicos derivaron de la clásica teoría interpersonal: Sullivan enfatizó la empatía y Fromm la autenticidad y la confrontación. Ambos coincidieron en subrayar el específico y significativo papel de la relación interpersonal en el desarrollo de la personalidad, así como su contribución en la etiología de la psicopatología.

Las teorías de la Escuela Inglesa de las Relaciones de Objeto llegaron a tener una especial relevancia en los años setenta. La principal innovación de la conceptualización teórico-clínica de la escuela inglesa consistió en la importancia del estadio pre-edípico y especialmente de la temprana relación madre-bebé. Importancia reconocida en la conflictiva internalizada. Además, son también centrales fenómenos no verbales, estados regresivos presentes en la relación entre analista y paciente. Melanie Klein teorizando sobre la envidia, la agresividad y la identificación proyectiva también ocupó un lugar influyente y postkleinianos como W. R. Bion, con un destacable papel por su consideración de los afectos como hechos clínicos. Representada por Michael Balint, W.R.D. Fairbairn, D.W:Winnicott, y Harry Guntrip, la Escuela Inglesa de las Relaciones de Objeto contribuyó decisivamente a desplazar la centralidad del complejo de Edipo en la explicación de la patología, teoría dominante hasta ese momento.

Otro paradigma psicoanalítico que contribuyó notablemente al abordaje terapéutico relacional proviene de la Self-Psychology. En los años 70, Kohut formuló las ideas freudianas centrándose en el estudio del narcisismo. Enfatizó el entorno traumatizante de las experiencias tempranas de los pacientes en lugar de la tensión sexual y agresiva que Freud definió como la base de la motivación humana. Se consideró a la agresividad, no como una expresión de un instinto sino como el resultado de una extrema vulnerabilidad. Kohut, fundador de la Escuela de la

Psicología del Self (Self-Psychology), contribuyó al desarrollo del psicoanálisis relacional, especialmente, destacando la importancia de la empatía en el proceso terapéutico.

Actualmente, estas tres escuelas psicoanalíticas (Interpersonal, Inglesa de las Relaciones de Objeto y Self-Psychology) parecen moverse en una misma dirección, considerando al self y a las relaciones como el foco a tratar, con el centro de interés en los afectos y en la experiencia relacional, en lugar de en las pulsiones, y con una actitud menos autoritaria del analista. La relación paciente-analista constituye el foco clínico, con interacciones y enactments dominando la situación clínica.

Hans Loewald, un destacado psicólogo del yo en los años 70, redefinió ello, yo y superyó en términos de experiencia interpersonal, dando



a las pulsiones un carácter relacional. Discutió, además la idea freudiana de que la mente humana puede ser entendida como una "unidad independiente" sin tener en cuenta la participación del analista.

El trabajo de John Bowlby con su teoría del apego en los años 60 y su muy interesante investigación tuvo también un importante papel en la actual teoría relacional. Bowlby y sus discípulos propusieron el apego como el "centro" alrededor del que gira toda la vida de la persona.

En 1983, Jay R. Greenberg y Stephen A. Mitchell publicaron su importante obra, "Las relaciones de objeto en la teoría psicoanalítica" en la que distinguían dos abordajes teóricos psicoanalíticos distintos: el modelo pulsional y el modelo relacional. Los autores argumentaban que las teorías psicoanalíticas están inevitablemente relacionadas con lo social, la política y la moral contextual. Usaron el término relacional tanto para integrar conceptos del Psicoanálisis Interpersonal, de la teoría de las Relaciones de Objeto, así como los últimos desarrollos de la Self-Psychology. Se podría decir que S. A. Mitchell fue el padre del Psicoanálisis Relacional por la importancia de su obra y su intención de integrar los diferentes puntos de vista psicoanalíticos que pueden incluirse dentro del término relacional.

A principios de los 80, Merton Gill, publicó varios artículos reconociendo las contribuciones de la teoría interpersonal. Contrastó el modelo pulsional con un modelo más humanístico en el que las relaciones estaban primordialmente consideradas. Estudió a fondo el proceso clínico y exploró la transferencia-contratransferencia, como la característica distintiva del psicoanálisis clínico.

Diez años más tarde, aparece la traducción inglesa de "El diario clínico de Sandor Ferenczi", que fue publicada treinta años después, tras haber sido rechazada en los años 50. La aportación de Ferenczi consistió en cuestionar la jerárquica forma de la tradicional relación terapéutica entre el analista que interpreta y el paciente que recibe la interpretación, para proponer la mutualidad analítica, desde la que la comprensión se co-construye en la relación analítica.

Finalmente, en las dos últimas décadas del siglo XX y en los inicios del XXI la crítica social al psicoanálisis, el pensamiento feminista (J. Benjamin, 1988, V. Goldner, 2003) y el constructivismo, contribuyeron al desarrollo del psicoanálisis relacional. Desde la década de los setenta los movimientos de reforma psiquiátrica cuestionaron el modelo de salud mental, y de paso el conservadurismo ideológico del psicoanálisis clásico, planteando alternativas psicosociales y grupales, que fueron calando desde la práctica a la teoría (Bleger, Pichon Rivière, W. y M. Baranger). A la par, el feminismo, lanzó la mayor crítica a las ideas freudianas, desplazando la falocentricidad de la teoría y de la práctica. La sexualidad se desligó de la constitución física y de la función reproductora y la homosexualidad dejó de ser considerada como patológica. Desde el constructivismo, la comprensión transferencial pasó de ser una simple distorsión del paciente (como era vista desde la clásica teoría freudiana) a considerarse como un proceso de co-creación entre paciente y analista. Judith Butler (2008), una de las filósofas contemporáneas más relevantes, definiría en Barcelona, al "yo" como "un conjunto de relaciones".

El psicoanálisis relacional, concierne tanto a lo intrapsíquico como a lo interpersonal, pero lo intrapsíquico es visto como constituido por la internalización de las experiencias interpersonales.

Estas experiencias interpersonales internalizadas están mediatizadas biológicamente. La Neurociencia, a través de recientes investigaciones —A. Damasio (1994), E. Kandel (2007), D. Siegel (1999)— aporta a la actual perspectiva psicoanalítica la importancia de la unidad psique-soma: las emociones tienen un locus cerebral.

Desde la perspectiva psicoanalítica relacional los afectos constituyen el centro de la motivación humana. Los afectos surgen del intercambio intersubjetivo. La expectativa natural de llegar a ser alguien de valía para otro significativo está en la base de la motivación principal de la vida psíquica. En síntesis, y a modo de conclusión, Psicoanálisis Relacional es una forma de psicoterapia centrada en la relación, cuyo principal

objetivo es el tratamiento del sufrimiento psíquico con el consecuente desbloqueo de iniciativas necesarias para el desarrollo emocional.

Organizativamente, el Psicoanálisis Relacional surge de la Asociación Psicoanalítica Americana (asociación integrante de la IPA), actuando como un forum para el estudio psicoanalítico de la relación, organizando una Conferencia Internacional Anual. Al mismo tiempo que le da al Psicoanálisis Relacional una identidad en los EEUU. Otra organización que facilita su desarrollo aparece en 1988 con el N. Y. University Postdoctoral Program in Psychoanalysis and Psychotherapy. La publicación desde 1990 de *Psychoanalytic Dialogues: A Journal of Relational Perspectives* significó la principal consolidación de la identidad del analista relacional.

Finalmente, la formación de la IARPP (Asociación Internacional para el Psicoanálisis y la Psicoterapia Relacional) se constituyó en una Conferencia Clínica en New York en Enero de 2002 titulada "Cómo trabaja el analista relacional: Sentido y Sensibilidad".

Ramón Riera contacta con Gianni Nebiossi y Susanna Federichi (actual presidenta de IARPP) en Roma y a partir de ese momento viajamos regularmente a la capital italiana para conocer a los principales contribuyentes del Psicoanálisis Relacional. Allí conocimos a Robert Stolorow, George Atwood, Donna Orange, A. Morrison, entre otros.

¹ Ramón Riera es autor del libro "La conexión emocional" (2010). Edita Octaedro (Barcelona), y "La herencia emocional" (2019). Edita Planeta (Barcelona).

Muy pronto organizamos conferencias en Barcelona invitando a nuestros autores favoritos como D. Orange, Hazel Ipp, S. Doctors, J. Lichtenberg o el mismo Robert Stolorow. Fue para mí muy importante conectar a Joan Coderch (miembro de la Sociedad Española de Psicoanálisis, en la que yo también me estaba formando) con el psicoanálisis relacional a través de la invitación a que participara como discutor de la ponencia de Robert Stolorow. Después Joan Coderch fue desarrollando ampliamente su pensamiento dentro de esta perspectiva (publicó varios libros en la colección pensamiento relacional que edita Ágora relacional en España). Viajamos a EEUU, nuestros anfitriones fueron M. Slavin y A. Morrison. Fueron años intensos en nuestros respectivos desarrollos.

Desde fines de 2005 se crea IARPP-España que aglutina al pensamiento relacional en nuestro contexto. Formé parte del grupo constitutivo IARPP-E en el 2005 junto a Alejandro Ávila² como presidente. Desde ese año fui vicepresidenta de la asociación hasta que fui elegida presidenta por todos los miembros de IARPP-E (2016-2019).

Me he interesado por la formación continuada a través de pensar la experiencia clínica desde una perspectiva psicoanalítica relacional. Actualmente son siete los grupos de supervisión que trabajan conmigo, revisando sus experiencias clínicas con el doble objetivo de aprender de la experiencia para aumentar la eficacia terapéutica y contribuir en el desarrollo de la identidad del psicoterapeuta psicoanalítico relacional. Este trabajo, desde la adaptación que nos impone la pandemia mundial de COVID-19, se realiza a través de Zoom (cuatro grupos de frecuencia mensual) y otros tres a través de Skype, estos últimos organizados por la Asociación México Contemporáneo.

Desde hace 6 años inicié la colaboración con México a través de Isabel Medina, psiquiatra y psicoterapeuta relacional, miembro de IARPP. Nos conocimos en el Congreso internacional IARPP que se celebró en Madrid (2011). Medina organizó un primer grupo de trabajo en el que yo impartí docencia en el 2016.

² Alejandro Ávila creó la revista Clínica e Investigación Relacional (CeIR) y edita los libros de la colección pensamiento relacional en España. Es autor del libro "La tradición interpersonal" (2013). Edita Ágora relacional (Madrid).

La Asociación Psicoanalítica Mexicana (IPA) a través de Félix Velasco y la Universidad de Las Américas en Ciudad de México nos invitan para impartir docencia.

Recuerdo con mucho cariño la primera vez que conocí a José Ángel Aguilar (actual presidente de IARPP-México contemporáneo). En la Universidad de Las Américas, en México, el 1 de Junio de 2016, en el fondo del aula, José Ángel nos comparte una experiencia clínica con una duda, con la motivación de saber cómo y desde el Psicoanálisis Relacional resolveríamos una experiencia con su paciente. Ramon Riera y yo atendíamos a las preguntas tras la conferencia sobre Psicoanálisis Relacional que habíamos impartido. La pregunta era más o menos así: *"Hoy en la consulta, mi paciente me dice que como pienso yo el hecho de que él quiere acabar la terapia. Como yo realmente pienso que puede venirle bien que la continúe un tiempo más y al mismo tiempo soy consciente de las dificultades de ese momento, le expreso que ya lo vemos en la próxima sesión"*, escucho a José Ángel y le comento: "Podría ser un buen momento para compartirle al paciente lo que está ya hecho hasta ahora, darle valor a lo que ya tenemos y dejar en sus manos, totalmente libre, la elección de parar con el ritmo de sesiones reservadas, esforzándonos en ser honestos y también esforzándonos en validar la elección del paciente". En aquella mi primera visita a México, ya por la tarde trabajábamos con un grupo de psicoanalistas en la APM (IPA), allí estaba de nuevo José Ángel y en el coloquio, después de la conferencia que impartíamos conjuntamente Ramon Riera y yo, José Ángel, con entusiasmo, nos expone que trabajó con su paciente la duda de la mañana y que se dio en la consulta, en la habitación íntima del análisis (como a mí me gusta llamarla), un momento de encuentro muy emotivo. José Ángel nos explicó que el paciente se sintió tenido en cuenta y, muy emocionado, decide continuar un tiempo más con sus sesiones.

Agradecí a José Ángel su honestidad al compartir esta experiencia. Desde ese momento se inició entre nosotros un vínculo de amistad y profesional. José Ángel Aguilar formó parte de un primer grupo de supervisión que yo llevaba

a cabo desde Barcelona (a través de Skype) con psicoterapeutas de México organizado por Isabel Medina y, un poco más tarde, participó activamente en la creación de nuevos grupos de formación continuada a través de la supervisión. Grupos de terapeutas (médicos y psicólogos) que trabajan en la sanidad pública o en sus consultas privadas, de diferentes ciudades mexicanas y que revisan la clínica con el objetivo de ampliar el marco de comprensión desde el que ayudan a los pacientes. Este trabajo clínico es para mí central, una principalidad en una formación continuada de calidad.

En Puerto Vallarta, junto a Isabel Medina trabajamos con familias mexicanas aplicando la técnica HIF (Hora de Interacción Filmada), experiencia que se publicó en la Revista Catalana de Psicoanálisis en Barcelona. Posteriormente en el año 2018 visité San Luis Potosí. Trabajé en la Unidad de Trastorno Alimentario y adicciones de San Luis Potosí, en el Instituto Temazcalli, un centro de día en el que trabajan Jorge Padrón y María del Pilar Soler. La revista Nemachtia publicó uno de mis trabajos "Contextos de una Psicoanalista". La primera versión de este artículo se incluye en un monográfico titulado "El psicoanálisis relacional en España" que publicó la revista psychoanalytic Inquiry, editada por J. Lichtenberg (New Jersey, EEUU).

Más adelante impartí docencia en dos universidades mexicanas (Universidad Intercontinental de Ciudad de México y Universidad de Zacatecas) y posteriormente en Monterrey a través de la invitación de Lucía Garza (coordinadora de un grupo de formación continuada en psicoanálisis).

En mi último año de presidencia de IARPP-E como agradecimiento a toda la difusión del psicoanálisis relacional de España en México propongo, a la Junta de la asociación IARPP-E y después también a la asamblea de socios, la creación de dos miembros de honor de IARPP-E, aglutinadores de la perspectiva psicoanalítica relacional mexicana. Isabel Medina y José Ángel Aguilar son miembros de honor de IARPP-E desde el año 2019 hasta la actualidad.

En este momento seguimos trabajando juntos, con José Ángel Aguilar en tres de los grupos de supervisión (formados por profesionales de Monterrey, Guadalajara, San Luis Potosí, Ciudad de México, Zacatecas en México; Madrid y Barcelona en España, Berlín en Alemania y en Uruguay, Montevideo) y también formando parte del cuadro de profesores del diplomado en Psicoanálisis Relacional Internacional que se imparte ya este año 2021 desde México bajo la dirección de José Ángel Aguilar. Con Isabel Medina, formando parte de un equipo de trabajo en el que se incluyen Ramon Riera (Barcelona) y Mauricio Cortina (Washington) para difundir el Psicoanálisis Relacional en el ámbito clínico, llegando a familias mexicanas que necesitan ayuda psicológica.

ESCENA CLÍNICA: EN BUSCA DE UN LUGAR EN EL MUNDO

Un joven músico de 30 años, con un importante reconocimiento profesional (ha actuado como solista en los mejores teatros del mundo) consulta tras una ruptura sentimental que desde hace dos años bloqueaba cualquier iniciativa relacional.

Explícitamente ya en la primera consulta él necesita preguntarme si yo tengo experiencia en víctimas de abuso sexual.

Mi posición frente a la experiencia traumática del abuso sexual consiste en pensar, que mucho más traumático que la experiencia abusiva en sí misma, es el trauma de no poder explicara nadie la dolorosa experiencia.

Si no se pudo explicar a nadie la traumática experiencia es porque se aprendió a no comunicar aquellos problemas que podrían provocar respuestas de no aceptación ante la necesidad de validación y consuelo. Existiría un conocimiento relacional implícito (CRI) de que es mejor callar que explicar.

Los profesionales de la salud mental sabemos que es muy frecuente el hecho de silenciar la experiencia de abuso y/o maltrato.

¿Qué había ocurrido para que Nitzan, ya en la primera consulta, se refiriera explícitamente a la experiencia del abuso?

Necesitaba manifiesta y explícitamente que yo lo ayudara en la comprensión de lo que él mismo consideraba: las secuelas del abuso. Para él, la principal secuela del abuso sufrido era la imagen devaluada de su masculinidad: ¿Qué clase de hombre soy? ¿Un incapaz ante los ojos de una mujer?

Nitzan³ se sorprende, a menudo, de que en nuestros diálogos surjan momentos en los que la alta intensidad emocional lo turba, se bloquea, quedándose como noqueado. En estas ocasiones me dice: “me noto tan impactado que por un momento no puedo pensar, necesito escribir para poderlo leer después”. Él acostumbra a dialogar conmigo con una libreta en la que toma notas. En una ocasión en la que la olvidó me pidió una para poder ir escribiendo. Busca sentirse un poco más seguro conmigo, menos turbado, más protegido. Entiendo que de esta forma él atenúa en parte la sensación de abrumamiento, desbordamiento emocional que experimenta en nuestros encuentros.

Paso a relatar la escena nuclear que necesita explicarme para pensarla juntos:

N: “Hace ahora aproximadamente un año y medio, actué en el principal teatro de mi ciudad. Era un concierto extraordinario. Para mí, suponía que volvía a mi casa después de haber conseguido llegar a ser alguien en este mundo de la música. Al concierto asistió mi familia y los amigos de mis padres, era un día especial. En el entreacto le pedí a mi padre que me acompañara porque necesitaba que él estuviera a mi lado, me dirigí a las primeras filas de la platea con mi padre y busqué a mi profesor, le saludé y mirándole a los ojos le dije: Le pido que abandone ahora mismo esta sala porque usted —como ya sabe— abusó sexualmente de mí cuándo yo solo era un chico de 13 años. No quiero volver a verle nunca más, únicamente le pido que reflexione sobre su conducta conmigo”. Mi padre estaba detrás de mí, yo notaba su respiración, mi madre al lado se tapaba la cara con ambas manos, estaba roja como un tomate, llena de vergüenza. Después de esto, continué tocando el repertorio de la segunda parte del concierto, he de decir que estaba impactado pero toqué tranquilo.

³ Nitzan es el nombre figurado con el que me referiré a este paciente. Algunos datos contextuales han sido modificados o omitidos por razones de confidencialidad.



Al acabar el concierto ya de vuelta a casa, durante el trayecto en coche con mis padres, el clima era tenso. Mi madre me dice, sin mirarme: ¡Qué vergüenza me has hecho pasar! ¡No podías haber hecho otra cosa!..., ¡Que van a decir nuestros conocidos!, ¡Estaban todos! ¡Y el profesor! ¡Echarlo así! ¡En el estreno!.. después de que ¡a él también le debes ser el artista, que eres ahora!..., no sé..., además a tus 13 años ya podías haberle dicho que no, que no aceptabas sexo entre él y tú. Ahora, ¿cómo crees tú que yo voy a poder pasear tranquila? Tenías que haberme consultado antes lo que pensabas hacer...me parece excesivo...

Mi padre que estaba en silencio, sólo dijo, como en el aire, a mi madre, o a mí, no lo sé: “él hoy necesitaba hacer lo que hizo. Y ya está”.

Mi intervención con mi joven y valiente paciente en ese momento fue:

“La iniciativa fue la de un hombre adulto, sostenido en su identidad profesional, dura y largamente construida en el mundo, muy lejos de casa”.

Se emociona y escribe algo, rápidamente, en su libreta de notas. Lo noto reconfortado, los ojos vidriosos, a punto de llorar, está tenso, emocionado, pero contenido, muy contenido. Yo pude sentirme conectada con un hombre sensible y emocionado, y se lo digo.

La definición de Butler, “El yo es un conjunto de relaciones” (Barcelona, 2008), es para mí una forma clara y concisa de expresar la formación y el desarrollo de la identidad, del sentimiento de sí (Velasco, 2008). Nitzan necesita relacionarse conmigo desde su identidad construida, desde la que él se hace ahora a sí mismo preguntas como estas: ¿Qué clase de hombre soy? ¿Tengo derecho a opinar? ¿Mi criterio cuenta?...

Nitzan es alguien que se hace querer, un joven adulto “tierno y espabilado”. Para mí, su listeza y su ternura están frenadas y no se expresan “a sus anchas” por el miedo a no ser aceptado, por la vergüenza de ser (Velasco 2005, 2008).

¿Es la experiencia analítica una relación facilitadora de la expresión más genuina de uno mismo? Dependerá de la posibilidad de conectar emocionalmente en profundidad, desde la validación de la identidad que se ha podido construir. Para Nitzan fue muy significativa mi respuesta frente a la escena del entreacto en su primer concierto extraordinario de su ciudad natal. Una iniciativa adulta considerada como tal por los dos (Nitzan y yo). Una iniciativa que contiene una cualidad transgresora, necesaria, quizás, para alcanzar un singular, diferenciado y genuino sentimiento de masculinidad (J. Lichtenberg, 2006). Este atrevimiento desde los ojos del público asistente al concierto pudo ser visto como una “excentricidad”, “una rareza” del músico. En realidad es una iniciativa que incluye la consideración de la experiencia traumática (sentirse usado) del niño de 13 años con su profesor. Una solución espontánea a su problema (V. Goldner, 2003). La humillación que había sido hasta entonces silenciada se resolvió momentáneamente echando de la sala de conciertos al profesor. Una solución que probablemente se pudo liberar desde el dolor mental de la ruptura con la novia (unos meses antes). Una solución que ahora es susceptible de análisis en la experiencia terapéutica. Una experiencia en la que se valida su subjetividad: los afectos (tristeza, rabia, vergüenza, culpa) pueden ser ahora considerados, reconocidos en la sesión analítica.

Se desbloqueó la iniciativa de visitar a su familia con un nuevo interés: poder usar la comprensión que pudimos construir en el tratamiento para entender las respuestas “siempre urgentes” de su madre y el aparente “desinterés” de su padre. Desde el episodio de echar al profesor de la sala de conciertos, Nitzan no había podido volver a casa, nuestro trabajo sirvió, entre otras cosas, para que él pudiera liberar esta iniciativa. El sentimiento de sí (Velasco, 2008) alcanzado en el vínculo analítico también le permitió entonces, con mucha tristeza, organizar el envío de todos los muebles de su exnovia que estaban todavía en su casa desde que ella se marchó hace dos años. Pudimos pensar juntos que la reacción normal frente a una experiencia de

falta de consideración era la rabia, y que era importante ver si él la consideraba normal o rara, inadecuada o adecuada. También pensamos juntos como transformar (Lachmann, 2007) su irritación en un gesto (para consigo mismo/ para con los otros) que incluyera su necesidad, considerándola. La necesidad de recibir un trato distinto de los demás empieza con la validación de uno mismo, muchas veces esto se consigue en la experiencia psicoterapéutica.

La madre de Nitzan, es una mujer de aparente carácter fuerte, dedicada en cuerpo y alma a la actividad artística de la danza, actividad con la que consiguió un gran reconocimiento social. Cuando Nitzan a sus 18 años pudo explicarle la experiencia del abuso, ella a su vez, compartió con él la propia experiencia de haber sufrido, en su pubertad, abuso sexual por parte de su padrastro, un hombre que Nitzan no llegó a conocer ya que falleció en los conflictos bélicos de la ciudad. La guerra cubrió como un manto oscuro la infancia y la adolescencia de Nitzan. Él recuerda la respuesta espontánea de la madre, en aquel momento de vergüenza que atravesaron ambos: “¿Te gustan las chicas?... pues entonces, no hay de qué preocuparse”.

La abuela de Nitzan nunca validó la versión de su hija, no la protegió frente a su pareja. Ella, indefensa frente al mundo, quedó atrapada en una dinámica relacional tensa y agresiva con su propia madre. ¿Cómo podría luego proteger al hijo? ¿Si ella misma, no pudo sentirse realmente protegida de niña? Ramon Riera (2004), en su trabajo sobre Dalí nos muestra la contundente imagen surrealista de René Magritte en la que un bebé está sosteniendo a su madre. Imagen nuevamente evocada, desde la perspectiva relacional, en muchas experiencias clínicas.

Los mundos de experiencia (Stolorow, Atwood, Orange 2002) de Nitzan son mundos llenos de vergüenza (Morrison, 2005, Orange, 2005, Velasco, 2005), de terror por la guerra, de precariedad extrema (solo existía una única posibilidad para casi todo, por ejemplo, los estudios superiores de música —durante la guerra— solo se podían realizar de una única forma, con un único profesor). En esta

experiencia analítica la barrera lingüística, es un factor de dificultad que implica un mayor grado de esfuerzo compartido. Pero también, el que yo fuese para él, una extranjera, alguien distinto de su comunidad de origen, es un hecho, que le ayudó, sobretodo en los inicios del tratamiento, a atravesar mejor las barreras de la vergüenza. En la medida en que fuimos identificando y validando experiencias de déficit que formaban parte de su "normalidad", se nos hizo del todo comprensible, la actitud activa, de buscar un lugar en el mundo para poder sentirse hombre. Curiosamente, los dos nos encontramos recogiendo notas, él en su libreta y yo en la mía después de cada sesión. La validación de experiencias de déficit conlleva siempre una alta intensidad emocional. Decididamente, ni él ni yo permitimos ahora, que se pierdan o se diluyan como si no importaran a nadie.

Referencias

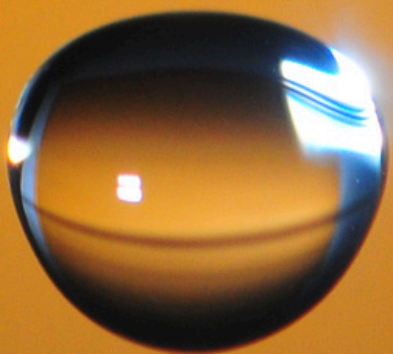
- Aron L (1996) *Meeting of Minds. Mutuality in Psychoanalysis. The Analytic Press.*
- Balint M. (1967) *La falta básica.* Paidós. Barcelona.
- Baranger W. y Baranger M. (1969) *Problemas del campo psicoanalítico.* B.A: Kargieman.
- Benjamin J. (1997) *Sujetos iguales, Objetos de amor.* Paidós Argentina.
- Bolwby J. (1969) *El vínculo afectivo.* Paidós. Barcelona.
- Butler J. (2008, febrero) Vulnerabilidad, supervivencia. Conferencia pronunciada en Barcelona (CCCB).
- Butler J. (2004) *Undoing gender. Deshaciendo el género.* Paidós. Barcelona.
- Damasio A. (1995) *El error de Descartes.* Barcelona. Crítica.
- Fairbairn R. (1952) *Estudio psicoanalítico de la personalidad.* Hormé.
- Ferenczi S. (1996) *Diario Clínico de 1932.* Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Freud S. (1914) *Recordar, repetir, reelaborar. Obras Completas.* Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Greenberg J. y Mitchell S. (1983) *Object relations psychoanalytic theory. Cambridge, Mass., Harvard. University Press.*
- Goldner V. (2003) Género irónico/ Sexo auténtico. En Studies in Gender and Sexuality. Reseña a cargo de Concepció Garriga en *Aperturas* (16). http://www.aperturas.org/articulo._php?articulo=0000286.
- Kandel E. (2007) *En busca de la memoria.* Katz Barpal editores.
- Kohut H. (1979) *Los dos análisis del señor Z.* (Edición traducida y comentada por Rogeli Armengol, Ramon Riera y Silvio Sember.) Herder.
- Lachmann F. (2007, junio) El proceso de transformar. *Clínica e Investigación Relacional* (CeIR), 1(1), 42-52.
- Lichtenberg J. D. (2008) *Sensuality and Sexuality Across the Divide of Shame.* The Analytic Press.
- Mitchell S. A. (1988) *Conceptos relacionales en psicoanálisis.* Una integración. Siglo XXI editores. México.
- Mitchell S. A y Black M. J. (1995) *Más allá de Freud. Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno.* Herder.
- Morrison A. (1996) *The Culture of Shame.* (Ed. Jasón Aronson) Inc. Northvale.
- Orange D. (1995) *Emotional understanding.* The Guilford. Press. (V.italiana: la compresione emotive Roma: Casa Editrice Astrolabio).
- Pichon Rivière E. (1970) *Del Psiconálisis a la Psicología Social.* B.A: Galerna. B. A. Nueva visión.
- Riera R. (2004) Un estudio psicoanalítico sobre la vivencia de aniquilación emocional en Salvador Dalí. *Aperturas*, (17). www.aperturas.org. Artículo aceptado para su próxima publicación en International Journal of Psychoanalytic Self Psychology.
- Siegel D. (1999) *La mente en desarrollo.* Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Stern Daniel *et al.* (2000) (Boston Change Process Study Group) Mecanismos no interpretativos en la terapia psicoanalítica. El "algo más que la interpretación". Libro Anual de psicoanálisis, XIV.
- Spyros D. O. (2002) *Encyclopedia of Psychotherapy.* Elsevier Science (2).
- Stolorow R. D. y Atwood G. E. (1992) *Los contextos del ser* (Trad. Àngels Córcoles,
- M. Josep Estruch, Maite Jordán, Marta Lleonart, Núria Mata, Teresa Mas, Ramon Riera y Montse Ventura). Herder.

- Stolorow R.D., Atwood G., Orange, D., (2002) *Worlds of experience*. Basic Books.
- Sullivan H.S. (1953). Interpersonal theory of Psychiatry (Ed. H. S. Perry y M. L. Gawel). W. W. Norton & Co.
- Velasco R. (2005) "Comentario a ¿Vergüenza de quién? Mundos de humillación y sistemas de restauración de D. Orange". *Revista aperturas*. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000339>.
- Velasco R. (2008) La vergüenza en la deconstrucción/construcción del sentimiento de sí. *Clínica e Investigación Relacional (CeIR)*, 2(1), 58-67. <https://www.psicoterapiarelacional.es>.
- Velasco R. (2015). La interacción en análisis. Utilidad clínica de la Hora de Interacción Filmada (HIF). *Clínica e Investigación Relacional (CeIR)*, 9 (3), 637-660.
- Velasco R. (2017) La interacció en anàlisi. Utilitat clínica de l'Hora d'Interacció Filmada (HIF). *Catalana de Psicoanàlisi*, 34(2), 87-110. <https://www.raco.cat/index.php/RCP/articula/view/337158>.
- Velasco R. (2018) Contextos de una psicoanalista. *Nemachtia*. <http://temazcalli.gob.mx/REVISTA/Diciembre/files/basic-html/page1.html>.
- Winnicott D. W. (1965) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós. Barcelona.
- Goldner V. (2003) Género irónico/ Sexo auténtico. En Studies in Gender and Sexuality. Reseña a cargo de Concepció Garriga en *Aperturas* (16).

Notas

Trabajo leído en las Jornadas Psicoanálisis Relacional hoy en la Clínica de la Sociedad Global, Las Navas del Marqués, Ávila, 13 y 14 de Febrero de 2009, organizadas por IARPP-España y el Instituto de Psicoterapia Relacional (Madrid).

Agradezco a Spyros Orfanos (New York), la base que me proporcionó para poder desarrollar esta definición. También agradezco la atenta revisión de Alejandro Ávila en Madrid y de Ramón Riera en Barcelona (presidentes de honor de IARPP-E).



REFLEXIONES

¿QUÉ ES EL PSICOANÁLISIS RELACIONAL?

Comentarios al artículo de Rosa Velasco Fraile
Isabel Medina Hernández¹





Resumen

Estamos viviendo un momento transformador en la historia del pensamiento psicoanalítico. El interés del Psicoanálisis Relacional “es la relación misma, así como el tratamiento del sufrimiento psíquico que bloquea iniciativas y detiene el desarrollo emocional”. Aportaciones de otras disciplinas y las neurociencias son sus puntos de apoyo: filosofía del lenguaje, técnicas de observación de bebés, matriz social, plasticidad cerebral, neuronas espejo, memoria de procedimiento, conocimiento relacional implícito; contribuyen para modelar nuestro ser. En la viñeta clínica compartimos cómo el alivio del sufrimiento del paciente liberó sus iniciativas.

Palabras clave: psicoanálisis relacional; intersubjetividad; neurociencias; matriz social; plasticidad cerebral; neuronas espejo; memoria de procedimiento; conocimiento relacional Implícito; conexión emocional.

Abstract

We are living a transformative moment in the history of psychoanalytic thought.

The interest of Relational Psychoanalysis “is the relationship itself, as well as the treatment of psychic suffering that blocks initiatives and stops emotional development.” Contributions from other disciplines and neurosciences are its support points: philosophy of language, baby observation techniques, social matrix, brain plasticity, mirror neurons, procedural memory, implicit relational knowledge; contribute to shape our being. In the clinical vignette we shared how the relief of the patient’s suffering freed his initiatives.

Keywords: relational psychoanalysis; neurosciences; social matrix; brain plasticity; mirror neurons; procedural memory; implicit relational knowledge; emotional connection.

¹ Médico Psiquiatra y Pediatra. Especialista en Familias y Adicciones. Miembro de: Asociación Internacional de Psicoterapia y Psicoanálisis Relacional (2011). Capítulo México Contemporáneo de la IARPP-AMPPR. IARPP España (miembro de honor). International Attachment Network, London, UK. (IAN).

Cómo citar:

Medina Hernández, Isabel. (2021, abril). ¿Qué es el Psicoanálisis Relacional? Comentarios al artículo de Rosa Velasco Fraile. *VérticeK*, 1(0), 54-57.

Rosa Velasco nos conduce hacia un interesante y motivante viaje desde el inicio de un psicoanálisis contemporáneo, cuyo centro de interés “es la relación misma, así como el tratamiento del sufrimiento psíquico que bloquea iniciativas y detiene el desarrollo emocional”. Algunos de sus pilares son:

- El *self* como un *self* social, con la formación del espacio “yo-nosotros”. Hoy es fascinante saber cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser.
- La neurobiología interpersonal o de la intersubjetividad, nos muestra que nacemos con mecanismos cerebrales para nuestra identificación con los otros y para la formación de redes sociales. La plasticidad cerebral, neuronas espejo (Gallese, Fogassi, Rizzolatti, 1996) y la memoria de procedimiento, son aportaciones de la neurociencias.
- La idea de que estamos incluidos en una matriz relacional, y que la mente está compuesta por tempranas experiencias de relación que repercuten en nuestra realidad presente.

En su texto Rosa hace un relato cronológico y contextual de las contribuciones de los principales autores hasta la formación de IARPP así como su expansión mundial en los últimos años. Además nos comparte una escena clínica que titula “en busca de un lugar en el mundo”. En este comentario intentaré entretrejer el pensamiento relacional en fragmentos del caso clínico que nos compartió.

Me pareció de vital importancia la posición de Rosa frente a la experiencia traumática del abuso sexual: “es mucho más traumático no poder explicar a nadie la dolorosa experiencia”. El paciente silenció su necesidad de validación y consuelo, ya que existía el conocimiento relacional implícito (CRI) de que “es mejor callar que explicar”. El CRI define conocimientos que hemos adquirido en la infancia a través de los adultos significativos que nos acompañaron y las dinámicas pre-verbales en la sesión terapéutica.

La secuela fué una imagen devaluada de su masculinidad y otras habilidades bloqueadas. Se transformaron los miedos que estaban bloqueando el desarrollo, que de acuerdo con Orange este consiste en “Yo existo si me siento pensado, reconocido, como sujeto en la mente de alguien” (Orange, 2003).

Pienso que en las sesiones, juntos encontraron aquellas palabras que facilitaron un salto transformador, el cambio desde un nivel de experiencia a otro: del miedo a no ser aceptado y la vergüenza de ser, a la expresión más genuina de sí mismo. La palabra crea algo vivo de la relación entre dos personas. Puede hacer desconocido lo familiar y familiar lo desconocido. La conexión emocional y una buena estructura de acogida para compartir, es como los humanos nos podemos recuperar del dolor pasado. Trabajamos testimoniando y registrando en el presente, el pasado traumático que existió.

Cada sesión es un nuevo comienzo, un atrevimiento, una incursión en el desorden de los sentimientos, una “locura en movimiento” (Eigen, 2014). En el caso que nos comparte Rosa, la autoridad del analista se transformó en una exploración conjunta y respetuosa, influyéndose mutuamente con recíproco reconocimiento. En la interacción se produce el cambio y es allí donde surgen los afectos.

La sintomatología psíquica la podemos pensar como formas de expresión de algunas memorias de experiencias vividas. El objetivo es favorecer la creación de nuevas experiencias que satisfagan las necesidades afectivas para ampliar el horizonte emocional que creará nuevas redes neuronales, autorregulación, respuestas más adaptativas y fortalecimiento del *self* como agente responsable de la propia vida.

Finalmente quiero compartirles que desde que inició mi viaje por el pensamiento relacional, se ha convertido en una nueva forma de vida y de relación con mis pacientes. Me vienen a la mente frases que he escuchado de Rosa en nuestro trabajo conjunto en México y Barcelona, que aquí quisiera compartirlas:

- Sin emociones enfermamos...
- La vida es movimiento...
- Mejor estropearse que oxidarse...
- Es una expectativa natural el poder llegar a ser alguien de valía para otro significativo...
- Nos relacionamos sosteniendo nuestra subjetividad y nuestra vulnerabilidad...
- Creamos mente protectora.

Espero que éste viaje por el psicoanálisis relacional sea de utilidad para acompañarnos en la tarea de transformar el dolor en creatividad, y el desbloqueo de habilidades para poder utilizarlas como herramientas de vida más plena.

Referencias

- Bedoya Hernández M. H. (2012) La noción de matriz relacional y sus implicaciones para el ejercicio clínico de la Psicología Dinámica. *Psicología Desde El Caribe*, 29(3), 686-706.
- Beebe B., Lachmann, F, & Jaffe, J. (1997) *Mother-infant interactional structures and presymbolic self-object representation*. *Psychoanalytic Dialogues*, 7:133-182.
- Benjamin J. (2013) La sombra del otro. Prismática Clínica.
- Coderch J. (2014) *Avances en Psicoanálisis Relacional*. Agora Relacional.
- Coderch J. (1987) *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Herder Editorial.
- Donna M. Orange (2013, febrero) El extraño que sufre. *Clínica e Investigación Relacional (CeIR)*, 7 (1), 33-44.
- Donna Orange (s/f) *The attitude of heroes*. Bernard Brandchaft and the Hermeneutics of Trust.
- Eigen M. (2014) Lágrimas de dolor y belleza: voces mezcladas. Ponencia presentada en la 1ª reunión Ibérica Psicoanálisis Relacional. Cáceres.
- Gallese V. (2000) *The acting subject: Towards the neural basis of social cognition*. *Neural Correlates of Consciousness. Empirical and Conceptual Questions*. T. Metzinger, 325-333.
- Marrone M. (2001). *La teoría del apego*. Psimática. Madrid.
- Riera R. (2010). *La Conexión emocional*. Octaedro. Barcelona
- Riera R. (2010). Una breve introducción a las aportaciones del Grupo de Boston para el Estudio del Cambio Psíquico. *Clínica e Investigación Relacional (CeIR)*, 4 (2): 315-320.
- Rizzolatti G. y Sinigaglia C. (2006) *Las neuronas espejo*. Paidós. Barcelona.
- Shelley Doctors (2011, junio 29) *Liberating Patients from the Residues of Relational Trauma*. Brandchaft's.
- Stephen A. M. (1993) *Conceptos relacionales en psicoanálisis: una integración*. Siglo XXI editores. México.
- Stolorow R. (2007) *Trauma and human existence: autobiographical, psychoanalytic, and philosophical reflections*. Routledge.
- Stolorow R. D. & Atwood, G. E. (2004) *Los Contextos del Ser*. Herder.
- Velasco R. (2008) La vergüenza en la deconstrucción y construcción del sentimiento de sí. *Clínica e Investigación Relacional (CeIR)*, 2(1): 58-67.

REFLEXIONES

EXPERIENCIA DE SUPERVISIÓN EN LINEA CON ROSA VELASCO

José A. Aguilar Gil¹





Resumen

La experiencia del psicoanálisis relacional se ilustra en este trabajo a través de la supervisión que realizamos con Rosa Velasco un grupo de psicoanalistas de distintas partes del mundo (México, España y Uruguay). Se aprovecha la experiencia para señalar los puntos medulares del psicoanálisis relacional, ilustrados con ejemplos. Se comenta y discute el Conocimiento Relacional implícito, y se revisan los patrones relacionales que son susceptibles de transformación. Con esto se tiene un panorama amplio de lo que se entiende como psicoanálisis relacional.

Palabras clave: Conocimiento Relacional Implícito; CRI; psicoanálisis relacional.

Abstract

The experience of relational psychoanalysis is illustrated in this work through the supervision carried out with Rosa Velasco by a group of psychoanalysts from different parts of the world (Mexico, Spain and Uruguay). Experience is used to point out the core points of relational psychoanalysis, illustrated with examples. The implicit Relational Knowledge is commented and discussed, and the relational patterns that are susceptible to transformation are reviewed. With this, we have a broad panorama of what is understood as relational psychoanalysis.

Keywords: Implicit Relational Knowledge; CRI; relational psychoanalysis.

¹ Presidente de la Asociación Mexicana de Psicoterapia y Psicoanálisis Relacional (AMPPR). Capítulo México Contemporáneo de IARPP.

Cómo citar:
Aguilar Gil, José A. (2021, abril). Experiencia de supervisión en línea con Rosa Velasco. *VérticeK*, 7(0), 58-64.

INTRODUCCIÓN

Conocí a Rosa Velasco aquí en México, en un taller, hace dos años. Yo había estudiado el psicoanálisis relacional y leído artículos de Rosa previamente.

Durante el taller la ponente comentó sobre un paciente que ante una decisión de vida, ella le señaló “es su vida haz lo que tu creas que tienes que hacer”. Esa intervención me gustó mucho. Por la tarde abandoné el taller para atender a mis pacientes y uno de ellos, Juan, me comunicó que ya se había titulado de la maestría y que no se dedicaría a su profesión, como yo pensaba. Él quería vivir, disfrutar y dedicarle menos tiempo a esa profesión, e incluso comentó que tal vez dejaría la terapia por un tiempo. En ese momento la frase escuchada por la mañana me salió en automático. Le dije “Juan es su vida y tú puedes tomar la decisión que quieras”, y agregué que no se sintiera comprometido ni con su madre ni conmigo, que siguiera su deseo, que estaba listo para hacerlo y que pausar la terapia también era su decisión. En ese momento sentí la conexión emocional que por la mañana sentí con Rosa. En la sesión, tanto Juan como yo nos sentimos tranquilos y él agradeció mis palabras. Lo hicieron sentir sin cargas y sin tener que cumplir ni las expectativas familiares ni las mías. Posteriormente Juan decidió continuar el proceso terapéutico y dedicarse de forma exclusiva a su profesión, por él mismo, sin presiones ni compromisos, ni pensando en cubrir mis expectativas.

Al día siguiente le comenté y agradecí a Rosa la experiencia vivida. Supe que tenía que estar cerca de ella, lo que afortunadamente se logró a través de un primer grupo de supervisión en el cual yo fui partícipe. Posteriormente se logró organizar otro grupo de compañeros y compañeras de la Universidad, interesados en aprender a incluir en la clínica la perspectiva relacional. En la actualidad tenemos tres grupos de supervisión desde hace dos años con presencia de terapeutas de México, España y Uruguay. En México participan desde la Ciudad de México, Guadalajara, San Luis Potosí, Monterrey, Querétaro, Morelia y Zacatecas.

COMPOSICIÓN DEL GRUPO DE SUPERVISIÓN

El grupo pionero estuvo integrado por trece personas, diez mujeres y tres hombres, de diversas organizaciones psicoanalíticas, tales como AMPAG, ILEF, IFAC. Además, nueve de estas personas somos egresados del Doctorado en Psicoanálisis de la Universidad Intercontinental. La supervisión empezó en el mes de marzo de 2020, con duración de una hora y media, el segundo viernes de cada mes, de 13:00 a 14:30 hrs.

CASOS

Supervisamos ocho casos. Un dato curioso es que la primera compañera que supervisó le dió un título al caso presentado de acuerdo a lo que le representaba su paciente, y los demás continuamos con esta idea creativa que tiene un sentido intersubjetivo. Así se han presentado casos con títulos creativos, representativos de nuestro sentir sobre las emociones de los pacientes. Los pacientes que se presentaron fueron:

- *Dr Tormentas*, un hombre solitario en búsqueda de pareja, con la necesidad de cuidar y ser cuidado, presentado por Adriana;
- *El exhumador*, un joven homosexual, temeroso de ser abandonado por su pareja y sentirse inmóvil, lo que asocia con estar muerto, presentado por Roberto;
- *La encrucijada de Andy*, un adolescente hombre atrapado en el cuerpo de mujer, que tiene que decidir su cambio de género sin la aprobación de los padres, presentado por Pepe;
- *El Sr. Angustias*, un hombre al que le falta compromiso emocional y profesional atrapado consigo mismo, y con la ex esposa, presentado por Amalia;
- *Soledad profunda*, una mujer adulta que no pensó en casarse ni tener familia, excluida del mundo de las mujeres y de los hombres, cuya lucha la deja en soledad profunda, presentado por Norma;
- *El niño invisible*, un hombre de edad madura que nunca ha podido ser feliz, que guarda infinito coraje hacia muchas personas, que no logra apreciar las cosas buenas que tiene y se siente invisible, presentado por Claudia;

- *Entre el Sol y la Luna*, una mujer madura ante la decisión de divorciarse de un marido aburrido y sin emociones, y con una relación homosexual emocionante y pasional a distancia, presentado por Peggy;
- *Melancólico persistente*, un joven triste y melancólico, que no logra relacionarse con las mujeres, no siente emocionante la vida, presentado por Lucia.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

La supervisora trabaja de la siguiente forma: comienza con una exposición clínica del participante y comentarios que ella va haciendo desde una perspectiva relacional, para después tomar comentarios de todos los participantes. En la siguiente sesión, el participante devuelve la experiencia explicando cómo aplicó las reflexiones realizadas por el grupo en la reunión anterior. El objetivo es aumentar la eficacia terapéutica y desarrollar la identidad del psicoterapeuta. En este grupo se decidió hacer una pequeña viñeta que se envía a los participantes unos días antes de la supervisión, lo que ayuda al conocimiento previo del caso y permite aprovechar el tiempo y la experiencia de la supervisora, además de tener un seguimiento que permita sistematizar el impacto de la supervisión.

MARCO TEÓRICO

El marco teórico es el psicoanálisis relacional que nuestra supervisora define como un conjunto de desarrollos teóricos, técnicos y clínicos que vienen contribuyendo a la evolución de la psicoterapia psicoanalítica hacia una forma de psicoterapia que explica la dinámica intrapsíquica basada en la intersubjetividad, o la amplia trama de relaciones que constituyen y en la que se despliega la subjetividad, integra diversas propuestas psicoanalíticas, y conceptos como la empatía, intersubjetividad, los afectos, y la mutualidad, entre otros. Desde la perspectiva relacional las emociones son el centro de la motivación humana, y los afectos surgen del intercambio intersubjetivo.

Considero que Rosa Velasco basa su propuesta de intervención clínica en dos pilares fundamentales: la transformación del conocimiento relacional implícito (del grupo de Boston) y la teoría de intersubjetiva (de Orange, Atwood, y Stolorow). En su artículo de Memoria y Conocimiento Relacional Implícito (Velasco, 2011) inicia con la pregunta, ¿qué me planteo en cada una de las sesiones de terapia con cada paciente?, pero no dice que para dar respuesta a esta pregunta retoma la conceptualización psicoanalítica del grupo de Boston, cuyo objetivo central del tratamiento es la transformación del Conocimiento Relacional Implícito (CRI), que está basado en el estudio de la memoria implícita.

La memoria implícita es el modo en que los acontecimientos pasados influyen sobre la acción futura. Se encuentra en el cerebro, en circuitos perceptivos, motores y emocionales (núcleo amigdalino, cerebelo). Un bebé tiene experiencias de respuestas perceptivas, protectoras y sensitivas y de atención por parte de sus padres que se codifican en el cerebro. Esta memoria implícita modela nuestras experiencias y las formas de conducta actuales, y anticipa que en el futuro aportará una comunicación reguladora de emociones. La memoria implícita no es consciente.

EL CONOCIMIENTO RELACIONAL IMPLÍCITO (CRI)

Es la forma particular que tenemos de estar en el mundo, la manera que cada uno tiene de estar con otro, es espontánea e inconsciente. Lo experimentamos desde la primera interacción con los padres o cuidadores. Aprendemos que un patrón relacional es susceptible de transformación, de acuerdo a las relaciones significativas. Ante una situación reaccionamos emocionalmente, sin sensación de recordar. La emoción es la forma espontánea de reconocer el valor intersubjetivo de la relación. Rosa Velasco ilustra cómo se trabaja en psicoterapia psicoanalítica con el conocimiento relacional implícito, y enfatiza lo siguiente:

- *Observar el patrón relacional, con el fin de comprender y validar la experiencia vivida;*
- *La emoción es la manera espontánea de reconocer de darle valor a lo relacional;*
- *En cada sesión con cada paciente se transforma el CRI, es inconsciente y depende de la vivencia de la interacción terapéutica, entre paciente y analista;*
- *La modificación del CRI es central: porque representa nuevas formas de estar con el otro, es la cocreación de nuevo conocimiento implícito;*
- *Transformación del Sentimiento de sí, el contexto relacional en el que sucedieron los hechos;*
- *El momento actual es comprender la experiencia pasada desde la experiencia presente;*
- *La experiencia (memoria implícita y explícita) y el contexto relacional (marco de desarrollo) dan como resultado un self cohesionado. La experiencia actual puede ser traumática si la relación no se logra transformar al repetir la no validación de emociones;*
- *El nuevo CRI ("es estimulante estar con alguien") es un nuevo punto de partida que abre la posibilidad de un desarrollo distinto de la subjetividad;*
- *Lo que resulta de este intercambio de subjetividades es un desarrollo de la subjetividad que estaba en déficit.*

La perspectiva del déficit, según Killingmo (1989) trata de un problema de falla del objeto, que no responde emocionalmente de una manera adecuada en términos de las fases del desarrollo. El material basado en el déficit busca transformar las representaciones sí mismo distorsionadas o difusas y producir la estructuración de aspectos de las relaciones objetales, que no han alcanzado un adecuado desarrollo, realizando junto con el paciente la creación de significados o de una reconstrucción, o una interpretación empática reconstructiva, a partir de realizar intervenciones afirmativas (Killingmo, 1989), que proponen los siguientes principios para la afirmación: sentir lo que siento que tú sientes, la relación causa-efecto y la inclusión del contexto histórico.

El segundo gran pilar teórico, a mi entender, está basado en lo que la teoría intersubjetiva intenta describir, la emergencia y modificación de la subjetividad. que define estos procesos como irreductiblemente relacionales (Orange, Atwood, Stolorow 2012). Requiere de dos subjetividades y conserva su foco en el interjuego entre subjetividades organizadas de forma diferente.

El psicoanálisis va a consistir en la creación mutua de un ambiente emocional, un campo intersubjetivo, en el cual es seguro explorar juntos aquellas "regiones" del inconsciente que conforman las problemáticas de la subjetividad. El pasado y el presente están siempre dialógicamente involucrados. El campo intersubjetivo del análisis se hace posible por la disponibilidad emocional tanto del analista como del paciente, y se convierte en una segunda oportunidad evolutiva del paciente.

La teoría intersubjetiva no es un conjunto de prescripciones para el trabajo clínico, es una sensibilidad que continuamente está en el interjuego ineludible de dos sujetos en cualquier tratamiento psicoanalítico. Los principios organizadores inconscientes son estructuras temáticas constituidas intersubjetivamente, que dan cuenta de los patrones recurrentes de la propia vida psicológica.

Cada participante en el campo psicoanalítico trae al proceso una historia emocional organizada y organizante aunque el análisis es siempre para el paciente. Para la comprensión de cualquier intercambio clínico son tan importantes la organización psicológica y la historia emocional del paciente y del analista.

El proceso es de mutualidad asimétrica. En el proceso evolutivo que llamamos psicoanálisis uno es primordialmente un guía y el otro busca organizar y reorganizar la experiencia de maneras menos dolorosas y más creativas (metáfora del piloto (paciente) y copiloto (terapeuta)).

Otro de los puntos a tomar en cuenta en la supervisión es la especificidad según Bacal (2007), la teoría de la especificidad que reconoce que el tratamiento psicoanalítico efectivo es una función del proceso único y específico entre sus participantes en un proceso diádico. Bacal propone también el concepto “responsividad óptima” que significa el intento del terapeuta para que sus respuestas se ajusten a las necesidades terapéuticas del paciente en particular.

INCLUSIÓN DE DIVERSOS CONCEPTOS DEL PSICOANÁLISIS RELACIONAL EN LA SUPERVISIÓN

El trabajo con Rosa, ha llevado al grupo a probar en el consultorio las teorías incluidas en el psicoanálisis relacional, tales como las teorías intersubjetiva, del self, del apego, la vergüenza, la especificidad relacional, la mutualidad; de autores como Ferenzi, Fairbairn, Kohut, Bolwby, Winnicott, Mitchell, Bion, Orange, Stolorow, Killingmo, Bacal, el grupo de Boston, Velasco, entre otros. Además hemos comprobado, en los casos presentados, que no existe la mente aislada, que no trabajamos con una técnica sino que es una práctica como lo plantea Stolorow, que rompe con los mitos de la neutralidad, la objetividad, la transferencia no contaminada viviendo los momentos de encuentro (grupo de Boston) enactments, ubicando la pertinencia de las autorrevelaciones así como la flexibilidad en el encuadre, dando lugar a la investigación empática introspectiva, que implica los principios que inconscientemente organizan la experiencia del paciente (empatía), los principios que inconscientemente organizan la experiencia del analista (introspección), y el campo psicológico creado por el interjuego entre ambos (intersubjetividad) (Orange, Atwoody Stolorow, 2012).

CONCLUSIONES

“La formación psicoanalítica puede mejorar de forma significativa, al comprender que la situación de supervisión es específica para la particularidad del proceso entre ese supervisor, supervisando, y ese paciente, en ese contexto” (Bacal 2012)

La experiencia de la supervisión ha permitido a los y las participantes:

- Dejar de ver a los pacientes desde un diagnóstico “narcisista”;
- Trabajar con el desarrollo emocional del paciente “yo siento que tú sientes lo que yo siento”;
- Enfatizar la participación emocional del analista;
- Detectar el patrón relacional y contextualizar la problemática del paciente;
- Ser una base segura “Tocar base”;
- La sombra del pasado no empañe el presente;
- Desarrollar la subjetividad;
- Aumentar los niveles de verdad, a través del diálogo psicoanalítico;
- Trabajar con la cultura de la vergüenza;
- Realizar una co-construcción de la propia narrativa, ¿y qué dirías si tú y yo entenderíamos tal situación desde tal punto de vista?”

En lo personal me ayudó a tener una escucha más fina sobre el contexto relacional, a no racionalizar la relación con mi paciente sino a sentirlo, a visualizar mi conexión emocional con el paciente, a sentirme humano con mi paciente ya que somos dos seres humanos en búsqueda, a buscar un lugar en el mundo, a no imponer preguntas ni interpretaciones al paciente.

Para finalizar retomaré una frase de Stolorow: *“Nuestro parentesco en la misma oscuridad proporciona un hogar existencial para la vulnerabilidad existencial y el dolor del otro. Si podemos ayudarnos los unos a los otros a tolerar la oscuridad más que evadirla, tal vez algún día seremos capaces de ver la luz.”*

Comentarios de los y las integrantes, respecto a la supervisora:

“Las observaciones de la Dra. Rosa Velasco han sido empáticas, humanas y sagaces en cuanto a penetrar en el contexto relacional y la base afectiva de los pacientes.”

“Me resultaron, además, cálidas y encaminadas a descifrar cómo mi paciente se siente ante las personas que están a su lado, no desde el ámbito

de la representación o de la función, como en posturas clásicas del psicoanálisis, sino desde las personas que lo han acompañado en su vida. Sin embargo, en este proceso de enseñanza-aprendizaje, ha tenido complicaciones inherentes a un trabajo a distancia vía electrónica, como las dificultades de la conexión, en cuanto a sonido o visualización.

Referencias

- Bacal H. (2017, junio) La especificidad de la eficacia terapéutica en el tratamiento Psicoanalítico. *Clínica e investigación relacional (CeIR)*, 11 (2).
- Killingmo, B. (1989) Conflicto y Déficit. GRITA/Grupo de Investigación en Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica Documento de trabajo No. 7 (Traducción castellana).
- Orange D, Atwood G, Stolorow R. (2012) *Trabajando intersubjetivamente. Contextualismo en la práctica psicoanalítica*. Ágora Relacional.
- Velasco R. (2011, enero) Memoria y Conocimiento Relacional Implícito. *Revista Temas de psicoanálisis (1)*.
- Velasco R. (2009, febrero) ¿Qué es el psicoanálisis relacional? *Clínica e Investigación relacional (CeIR)*, 3(1), 58-67.

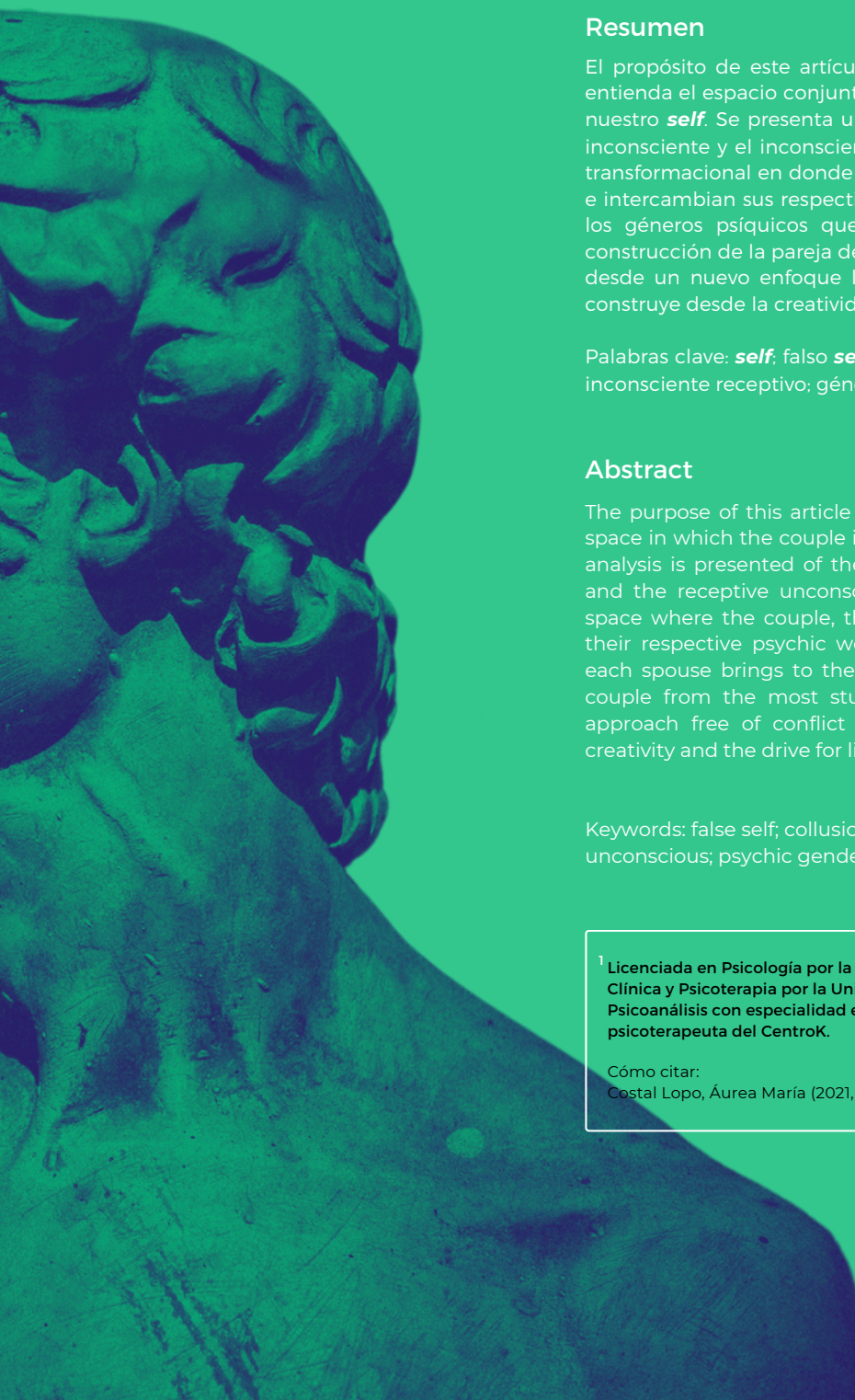




REFLEXIONES

NUESTRO SELF
Aurea Costal Lopo¹





Resumen

El propósito de este artículo es proponer un concepto a través del cual se entienda el espacio conjunto en el que se forma la pareja, que denominamos nuestro **self**. Se presenta un análisis de los componentes que lo integran (el inconsciente y el inconsciente receptivo) dentro de un espacio transicional y transformacional en donde la pareja, a través de la intersubjetividad, co crean e intercambian sus respectivos mundos psíquicos por medio de la colusión y los géneros psíquicos que cada cónyuge aporta a la relación. Es ver la construcción de la pareja desde el punto de vista más estudiado, la colusión, y desde un nuevo enfoque libre de conflicto y patología donde la pareja se construye desde la creatividad y la pulsión de vida.

Palabras clave: **self**; falso **self**; colusión; pareja; intersubjetividad; inconsciente; inconsciente receptivo; géneros psíquicos.

Abstract

The purpose of this article is to propose a concept through which the joint space in which the couple is formed is understood, which we call our self. An analysis is presented of the components that make it up (the unconscious and the receptive unconscious) within a transitional and transformational space where the couple, through intersubjectivity, co-create and exchange their respective psychic worlds through collusion and psychic genres that each spouse brings to the relationship. It is to see the construction of the couple from the most studied point of view, collusion, and from a new approach free of conflict and pathology where the couple is built from creativity and the drive for life.

Keywords: false self; collusion; couple; intersubjectivity; unconscious; receptive unconscious; psychic genders.

¹ Licenciada en Psicología por la Universidad Anáhuac México Norte, Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia por la Universidad Anáhuac México Norte, estudiante del Doctorado en Psicoanálisis con especialidad en Pareja y Familia en la Universidad Intercontinental (UIC) y psicoterapeuta del CentroK.

Cómo citar:

Costal Lopo, Áurea María (2021, abril). Nuestro self. *VérticeK*, 1(0), 66-70.

La formación de pareja es uno de los fenómenos psíquicos más regresivos que puede vivir una persona. A través de ella se buscan las funciones maternas y paternas que se interiorizaron a lo largo de la vida. Justo por la búsqueda de estas funciones es que la pareja se forma a partir de cuatro aspectos fundamentales: los afectos, que recibimos por parte de las personas significativas durante nuestros primeros años de desarrollo; los afectos que nos hubiera gustado recibir pero que no nos dieron; lo afectos que dimos y se recibieron con agrado; y los afectos que dimos que nos fueron rechazados.

En la relación de pareja ponemos en juego cuatro "sí mismos" (*self*): nuestro *self* perdido, que es aquel que reprimimos debido a las exigencias de nuestros cuidadores quienes nos enseñaron lo que se podía y cómo se podía hacer; el falso *self*, que construimos para protegernos, para proteger nuestra propia esencia; el *self* real que hace referencia a las creencias, conceptos y representaciones subjetivas que tiene la persona de sí misma; y el *self* rechazado, que se constituyó por la reprobación de aquéllo que dimos y que no fue aceptado (Hendrix, 1997). Estos *selfs* se conjuntan dentro del espacio psíquico de cada una de las personas que conforman la pareja, que a su vez está formando un espacio conjunto de crecimiento, transformación y ¿por qué no? también de deconstrucción. Con esto llega cada cónyuge a la relación, creando así lo que denominaré "*nuestro self*" Nuestro *self* hace referencia a la unión de estos *selfs* que aporta cada uno de los cónyuges de la pareja, por lo que podríamos decir que es *la unión de todos en uno compartido en la relación de pareja*.

Los *selfs* tienen su propio lenguaje psíquico, mismo que se instauró en la memoria sensorial a lo largo de las vivencias estéticas y traumáticas de la vida de cada uno de los cónyuges. *Nuestro self* sigue el desarrollo psíquico que lleva el desarrollo biológico: nace, crece, se desarrolla y muere cuando uno o los dos cónyuges lo abandona.

Partiendo de esta base, *nuestro self* necesita un proceso de crecimiento y maduración que se lleva a cabo a lo largo del tiempo. Ahora bien, ¿dónde nace, cómo surge y dónde se desarrolla *nuestro self*?

Nace de la unión de la pareja. Surge del inconsciente clásico propuesto por Freud en 1912, en el cual se encuentran todas las vivencias, recuerdos y experiencias traumáticas que la represión trata de contener, y también del inconsciente receptivo propuesto por Bollas (1992) donde se encuentra la generatividad, la creatividad, la generosidad que está libre de la represión y la censura. *Nuestro self* se desarrolla en el espacio intersubjetivo que se da en la pareja dentro del espacio transicional (Winnicott, 1979) y en el espacio transformador (Bollas, 1987), donde las regresiones de la pareja llevan a demandarlas funciones paternas y maternas que le fueron negadas, no encontradas, rechazadas o parcialmente aceptadas.

En el espacio transformador no únicamente se encuentran los cuatro *selfs* propuestos sino también los géneros psíquicos postulados por Bollas en 1992. Es un espacio donde la pareja es creativa, generadora de momentos positivos que han de ser detectados y explotados para que este espacio transformador genere un *nuestro self*, donde la pareja pueda revivir lo no dicho pero sí cargado, lo que no le puede dar palabra pero sí síntoma a través de su propio lenguaje psíquico, en donde se crea un lenguaje psíquico común, donde las funciones maternas y paternas encuentran el cauce de crecimiento a través de la pulsión de vida propuesta por Freud en 1920.

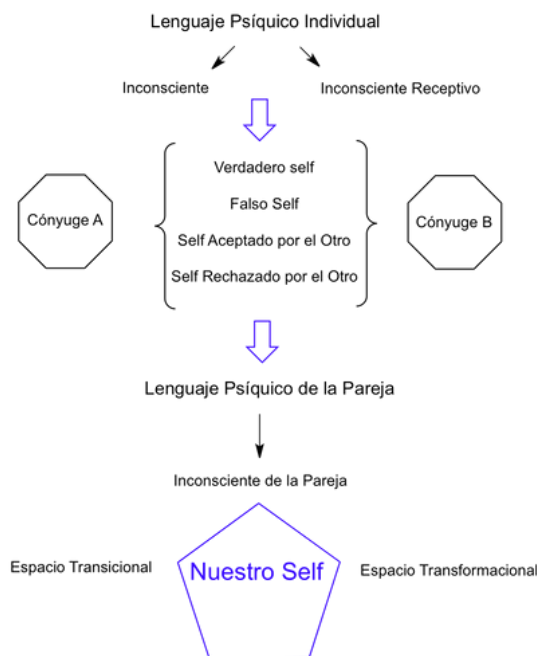
Maturana, en 1995, propone que el amor se constituye en un diálogo en el que los componentes de la relación construyen un espacio en común impenetrable para los demás, en el cual co crean una realidad conjunta y a la vez separada. Conjunta porque ambos cónyuges decidieron emprender la aventura de formar una

pareja. Individual porque cada uno trae su propio programa oficial y mapa del mundo, mismo que espera que el otro se lo proporcione, se lo acepte, se lo rechace o incluso que se lo construya. Pero ¿por qué habiendo tantas personas en el mundo, dos personas se escogen y deciden iniciar una relación de pareja y con ello crear un *nuestro self*? Esto nos remite a los estudios de Lemaire (1986) sobre la elección del compañero en su libro "La pareja humana: su vida, su muerte, su estructura". Lemaire menciona que la elección de pareja es un proceso inconsciente que está impregnado de un compromiso de la vida psíquica de la familia de origen, mismo que condujo a dos personas a elegirse en un contexto social. Es decir, la elección de pareja está condicionada por las vivencias del desarrollo del hombre, de lo que vio, vivió y observó que era una pareja; nos regresa a la pareja de padres y a la identificación personal con ellos. Sin embargo, es sabido que la pareja no solamente se forma por la parte libre de conflicto sino también por la parte traumatizada y llena de conflicto. Así, Willi (1993) ha sido uno de los autores que más ha estudiado el por qué las parejas se mantienen en la relación, a través de su teoría de la colusión donde postula lo siguiente:

"La colusión significa el juego conjunto no confesado, oculto recíprocamente, de dos o más compañeros a causa de un conflicto fundamental similar no superado. El conflicto fundamental no superado actúa de diferentes maneras, lo que da la impresión de que uno de los miembros es lo contrario del otro. La conexión en el conflicto fundamental similar favorece, en las relaciones de pareja, los intentos de curación individual, progresiva en un cónyuge y regresiva en el otro. La colusión es de naturaleza patológica, organizada de manera defensiva, dirigida a permitir la neutralización de miedos, la comprensión de injusticias padecidas, la evitación o la capacidad de dominar situaciones amenazantes".

Partiendo de esta teoría, la colusión es la que produce la atracción y el mantenimiento de la relación de pareja, en la que cada uno pone en movimiento a sus *selfs* creando nuestro *self* a través de los distintos tipos de colusión que propone Willi: narcisista, oral, anal y fálica, las cuales se explican desde la teoría del desarrollo psicosexual de Freud. La colusión Narcisista se caracteriza por una relación íntima de pareja, en una "situación casi insoluble" Según Willi (1993) las parejas unidas por la colusión narcisista giran en torno a dos posibilidades: o se entrega al consorte o el consorte se le entrega. Para el narcisista solo existe la unión total, la fusión y la completa concordancia. La pareja suele llegar a una fusión rápida porque ellos eliminan de la relación todo lo que puede perjudicar la unión con el objeto de amor. En la colusión oral la característica es la preocupación, los cuidados, el amor y el alimentarse el uno al otro. La relación se da por la idea de que uno, como madre, tiene que cuidar del otro como hijo desamparado y necesitado de muchos cuidados y amor. La colusión anal es la más común y se caracteriza por medidas de dirección y control que garanticen el mutuo sometimiento o subordinación de la pareja, permitiendo las aspiraciones autónomas del cónyuge sin que se rompa la relación. Es un intento sublimatorio de los propios deseos de dependencia haciendo al otro dependiente. El cónyuge cree que puede desarrollar su autonomía siempre y cuando se asegure la dependencia mutua del otro cónyuge. En la colusión fálica se observa la premisa cultural de que el rol masculino debe colocarse en la posición progresiva y el rol femenino en la posición regresiva, dándose una relación conflictiva respecto al papel masculino. La pareja muestra el o los rezagos de un complejo de Edipo no resuelto con el padre del sexo opuesto y con un padre del mismo sexo al que no pudieron tomar como modelo para identificarse. Con esto se puede pensar que la creación de *nuestro self* pasa por las distintas colusiones.

La propuesta de *nuestro self* nos lleva a buscar, a través de la intersubjetividad, un canal de comunicación y reparación tanto de la parte libre de conflicto como de la colusión a través de la generación de puentes y del conocimiento de ambas partes, para lograr un mayor equilibrio psíquico de la pareja dentro del setting analítico que logre trascender a la vida diaria de la pareja.



Referencias

- Lemaire J. (1986) *La Pareja Humana: Su vida, su muerte, su estructura*. Fondo de Cultura Económica.
- Laing R. (2000) *El Yo y los Otros*. Fondo de Cultura Económica.
- Maturana H. (1995) *Emociones y lenguaje en educación política*. Dolmen.
- Willi J. (1993) La pareja humana: relación y conflicto. Morata.
- Willi J. (1987, marzo 23) El concepto de "colusión": una integración entre el enfoque sistémico y psicodinámico en la terapia de pareja (Trad. Fernando Carrasco), *Terapia Familiare*, 27-30. <https://www.avntfevntf.com/wpcontent/uploads/2016/06/ElconceptodeColusi%C3%B3n-T.Pareja.-Willi-2014.pdf>.



REFLEXIONES

**EL COMPLEJO DEL NÁUFRAGO. UN ESCRITO
SOBRE LA SOLEDAD EN EL AMOR**

David Carreón Robledo

Resumen

La soledad, un padecer universal que puede incluso vivirse cuando se está en compañía del ser amado. Aquí se presenta y define el complejo del náufrago. Se refiere a cierta problemática observada en pacientes con características comunes. El origen se encuentra en la deficiencia en la capacidad de introyectar las experiencias positivas y fortalecedoras de las primeras relaciones de objeto, pudiendo introyectar principalmente aquéllas que le fueron negativas y debilitadoras del yo. El complejo del náufrago se ilustra en este texto con un caso clínico, que nos ayuda a ejemplificar y nos acompaña en las conclusiones.

Palabras clave: soledad; introyectar; self; amor; desamor

Abstract

Loneliness, a universal suffering that can even be experienced when you are in the company of your loved one. Here the castaway complex is presented and defined. It refers to a certain problem observed in patients with common characteristics. The origin is found in the deficiency in the ability to introject the positive and strengthening experiences of the first object relationships, being able to introject mainly those that were negative and weakening of the self. The castaway complex is illustrated in this text with a clinical case, which helps us to exemplify and accompanies us in the conclusions.

¹ Licenciado en Psicología por la UNAM, docente de la UIC en el posgrado en psicoanálisis, psicoanalista, y director de la clínica del CentroK.

Cómo citar:

Robledo Carreón, David. (2021, abril). El complejo del náufrago. Un escrito sobre la soledad en el amor. *VérticeK*, 1(0), 72-78.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio trata de un padecer universal, la soledad; la soledad que se vive aún al lado del ser amado. Es un padecer del ser humano hoy en día, es un sentir que todos vivimos en distintos grados. Los vientos que soplan en nuestra mar en tiempos actuales hicieron que esto formara parte de la naturaleza humana. A través de esta exposición se conceptualiza la idea que lleva por nombre el 'Complejo del náufrago', este es el nombre que se propone para la problemática observada en ciertos pacientes con características comunes. Dicha problemática encuentra su origen en una deficiencia en la capacidad de introyectar las experiencias positivas y fortalecedoras de sus primeras relaciones de objeto, pudiendo introyectar principalmente aquellas que le fueron negativas y debilitadoras del yo, resultando la dificultad del sujeto para integrar adaptativamente las características tanto positivas como negativas del self y de los objetos. Así cuando se encuentra con las características positivas de sus objetos siente que no tolera el peso emocional de la relación y por eso le viene el deseo de tirar esta carga, deshacerse de todo lo bueno; cuando queda solamente con sus características negativas entonces se siente agotado, a punto de ahogarse, que no puede más porque todo es malo y quiere entonces recuperar lo bueno que perdió y así, comienza nuevamente el círculo.

MARCO TEÓRICO

AMOR Y SOLEDAD

Los términos que dan título a este trabajo son amor y soledad.

El amor es un sentimiento afectivo que busca el bien y desea poseerlo. Atracción sexual. Sentimiento que busca el bien de los otros. Persona amada. Objeto del cariño de alguno. Estimación excesiva de sí mismo. Sinónimos: cariño, apego, estimación. Sus antónimos son odio, la aversión, el aborrecimiento. Psicológicamente podemos definir al amor como el derivado afectivo, sublimado de la pulsión libidinal.

La soledad es un estado del que vive lejos del mundo: un lugar solitario. Es el pesar y la melancolía por la ausencia, la muerte, o la pérdida de persona o cosa. Sus sinónimos son el aislamiento, el abandono, la pena, la melancolía, el pesar. Como antónimos están la compañía, la alegría. Psicológicamente resulta muy complicado pensar la soledad, pues se define solamente por lo que produce en el afecto de quien la vive.

Visto así, si la soledad se define por los afectos que despierta en el individuo podemos decir que existen muchos tipos de soledad, uno que se goza y otros que se sufren, y tendría que avocarme a explicar cada uno de ellos; la soledad como individualidad, como ausencia, como vacío, como privacidad, como privación, como intimidad, como aislamiento, como pérdida, como separación. Tal disertación arrojaría tanto material que tendría que tratarse en otro escrito.

La soledad traduce, por consiguiente, la emoción dolorosa —más o menos consciente— que acompaña a la percepción del carácter efímero de las relaciones humanas, de la existencia del otro —otro al que en psicoanálisis acostumbramos llamar objeto para distinguirlo del sujeto— y de nuestra propia existencia. Pero al mismo tiempo es una emoción estructurante para el yo, porque percibir el dolor de nuestra soledad nos hace tomar conciencia, por una parte, de que existimos como un ser único ante el otro, y, por la otra, de que el otro es diferente de nosotros. Es así como la soledad funda nuestro sentimiento de identidad, y también nuestro conocimiento del objeto (Quinodoz, 1991).

A continuación se tratará la soledad que se sufre en presencia del ser amado. Tendemos a suponer que en compañía del ser que uno ama todo es gozo y felicidad. Si bien, no todo puede ser, es cierto que la mayoría de las veces así ocurre, así tiene que ocurrir, así es necesario vivir la relación para que se pueda conservar el estado de amor.



¿Cómo se logra lo anterior? Es una habilidad que se desarrolla desde los primeros momentos de vida. Imaginemos nuestra vida como una larga travesía, que inicia cuando nuestro barco zarpa y termina cuando llega a puerto; cada etapa en nuestro desarrollo es un pequeño trayecto que recorre nuestro barco en el recorrido de ese largo viaje por la mar. Inevitablemente en cada una de esas etapas hay momentos en que la mar se pica, se embravece, hay momentos de angustia y de crisis, decimos que hay mala mar. Entiéndase en los dos sentidos, ya sea porque está la mar picada por una tempestad, o cuando hay una forma de mal amar, ya sea por parte del objeto o del sujeto; y aunque es función del objeto madre y del objeto padre conducir al bebé para que sortee la tempestad, también es tarea del bebé enfrentar el vaivén incontrolable de las olas. En términos de desarrollo psicológico, que el barco llegue a puerto significa que se lleve a cabo la función.

Para Melanie Klein (sin año; citada por Winnicott, 1958/1993) la capacidad para estar solo depende de la existencia de un objeto bueno en la realidad psíquica, en el mundo interno. El pecho o pene internos buenos, o las buenas relaciones internas, están lo suficientemente bien integrados como para que el individuo —al menos por un momento— se sienta confiado acerca del presente y del futuro. La relación del individuo con sus objetos internos, junto con la confianza en las relaciones internas, proporciona de por sí una suficiencia de vida, de modo que el individuo puede reposar temporalmente satisfecho, incluso en ausencia de objetos y estímulos externos y con mayor razón en la presencia de esos objetos y estímulos externos. La madurez y la capacidad para estar solo implican que el individuo ha tenido la oportunidad de establecer la creencia en un ambiente benigno, gracias a un quehacer materno lo suficientemente bueno. Esa creencia va construyéndose en el interior del sujeto mediante la repetición de gratificaciones pulsionales satisfactorias. Para Klein, la soledad en presencia del objeto amado externo se sufre por la angustia de perder el objeto bueno que se ha internalizado y por la desconfianza en ese

Para Klein, la soledad en presencia del objeto amado externo se sufre por la angustia de perder el objeto bueno que se ha internalizado y por la desconfianza en ese objeto que es la que prevalece.

La función de la madre en un principio del desarrollo es servir al bebé como un yo auxiliar en la construcción de su propio yo. El yo del bebé será el continente de las partes buenas y malas de la madre y de sí mismo, de las experiencias positivas y negativas. El bebé introyecta con la leche a todo el objeto, bueno y malo, quedándole la seguridad de que volverá a gratificarle pese a cualquier frustración. Cuando esta introyección e integración del objeto bueno y malo falla, entonces el yo del bebé queda fracturado, no se completa la cohesión de ese yo, es como si quedaran huecos o grietas en él que son proporcionales al tamaño de la falla en la función. Por esas grietas se trasminan las experiencias y las partes buenas del objeto que se han introyectado quedando contenidas primordialmente las malas. De modo que aunque el objeto esté dando cumplimiento al amor, el sujeto no lo siente así y por eso vive la soledad en el amor.

COMPLEJO DEL NÁUFRAGO

Primero, el término complejo se define como “la combinación de ideas, tendencias y emociones que permanecen en el inconsciente pero que influyen en la personalidad del sujeto y a veces determinan su conducta. La psicología concibe generalmente el complejo como una situación emotiva de conflicto, determinante de una actitud del sujeto en el enfrentamiento con ciertos problemas o comportamientos” (Diccionario de Psicología, 1985)

Le llamo complejo del naufrago al conjunto de ideas, actitudes y emociones inconscientes que determinan la conducta del sujeto, sintiéndose y actuando como si en su vida se hubiera hundido el barco en el que viajaba y él quedará flotando solo y a la deriva; el motivo del viaje se le ha perdido, solamente le interesa arrebatar de la mar los objetos que han quedado flotando a su alrededor después de la tragedia, con el deseo de evitar así el ahogo que le amenaza inminentemente.

Cuando se ha cargado de cosas buenas que le ayudarán a sobrevivir, siente que son tantas que ahora teme que el peso lo hunda y comienza entonces, a deshacerse de todo aquello de lo que se hizo. El final es el principio, se vuelve a ver solo y queriendo recuperar lo bueno que perdió.

Psíquicamente siente que es el peso de los objetos buenos lo que lo va a hundir, por lo que busca deshacerse de ellos y acaba quedándose solamente con sus objetos malos para después querer recuperar nuevamente los objetos buenos. Y así, sucesivamente.

CASO CLÍNICO

Para clarificar esta propuesta teórica se presenta como ejemplo el caso de un paciente masculino al que llamaré Amado. Se trata de un hombre de 40 años, casado desde hace 5, trabaja en el restaurante que puso con su esposa, y él mismo relata “como queríamos estar todo el tiempo juntos, decidimos poner un negocio para no tener que separarnos”. Cuando ingresó a análisis manifestó que nunca había tenido un objetivo concreto en la vida, nunca había planeado nada y por consiguiente, menos se había esforzado en alcanzar una meta, que todo lo que poseía se le había atravesado en el camino, exactamente, como un naufrago que flota en la mar y toma lo que se le aparece. Las preguntas que surgen son ¿cuándo naufragó? Y... ¿cómo naufragó? o ¿por qué? El barco de Amado se hundió recién había zarpado; fue en la relación con la madre en los primeros meses de vida cuando el vínculo amoroso no alcanzó para mantenerlo a flote ante los embates de las olas, ya sea porque el amor no fue suficiente o porque el infante no se satisfizo. La consecuencia fue que la coraza del yo se fracturara y por ahí se escaparan las experiencias positivas y buenas que internalizó y que eran las que le permitirían seguir surcando los mares. El yo del niño queda casi imposibilitado para conservar lo bueno del objeto, digo casi, porque la realidad es que vive, señal de que sí puede internalizar algo bueno del objeto aunque le sea muy difícil conservarlo.

Todas las tareas posteriores en el desarrollo se cumplieron aunque sea mínimamente, pero no se tuvo la fuerza para progresar dichas funciones, reviviendo así, una y otra vez la tragedia del naufragio. En la infancia adquirió las habilidades básicas de estudio y trabajo, pero no pudo explotarlas; en la adolescencia adoptó una identidad, pero una identidad cargada del sentimiento de debilidad y desamparo. En la adultez logró tener un negocio propio, mismo que en un momento quiso traspasar para irse a vivir a un pueblito en provincia “a ver cómo me va” “ya Dios dispondrá” decía él. Tiene una pareja que aunque decía no querer separarse de ella, también manifestaba claros deseos de dejarla cuando se sentía solo en su compañía pues la demanda emocional le resultaba excesiva; tiene una casa propia que quería rentar para irse a vivir a casa de sus suegros; tiene un análisis que quería suspender al principio porque no soportaba los silencios, pues le significaban una soledad intolerable. Llegaba a faltar a sus sesiones pero regresaba para recuperar lo bueno que había dejado porque le era menos tolerable encontrarse solo con sus partes malas; tiene un analista que quería despedir cuando no sabía qué hacer con lo que recibía de él.

Consideremos el proceso analítico como un largo viaje en el que paciente y analista se hacen juntos a la mar, y nuevamente entiéndase ambos sentidos, se hacen juntos a la mar siendo la mar la vida y las olas las experiencias; y se hacen juntos al amar, al analizar con el psicoanalista el amor que siente el paciente por sus objetos, reconstruyéndose internamente el paciente en el vínculo afectivo del psicoanálisis. Y por su lado, el analista analiza a su paciente con sus propios recursos de amor por sus objetos que se traducen en el afecto de cuidado y ayuda a sus pacientes, llegando a un punto donde se encuentran paciente y analista solos y cada uno solo pero de manera gozosa en la inmensidad del análisis.

Quiero decir con esto último que Amado como muchos pacientes pueden llegar a conservar de manera integrada las partes buenas y malas del analista y del proceso psicoanalítico, ejercitando así la capacidad de conservar e integrar las partes buenas y malas de sí mismo y de sus objetos.

La soledad en el amor es un afecto que estructura al yo porque sentir la soledad nos da la consciencia de que somos un ser único ante el otro y al mismo tiempo que el otro es diferente de nosotros.

Lo anterior se logra conservando las partes buenas del objeto, enriqueciendo al yo y desarrollando así la confianza de que aunque el objeto nos frustre, volverá para gratificarnos.

La solución para superar el complejo del naufrago es internalizar de forma integrada las partes buenas y malas del objeto y de sí mismo en un yo cohesionado que de contención y evite el hundimiento. Si bien esta solución ocurre de forma natural en el desarrollo, cuando falla será a través del análisis de los afectos en la relación transferencial con el analista-madre que el paciente pueda ir integrando ahora lo que no pudo integrar entonces, para que una vez lograda la solución se pueda hacer a la mar con el gozo que brinda la confianza de que se llegará a buen puerto.

Referencias

- *Diccionario de Psicología* (1985) Editorial Orbis.
- Quinodoz J.M. (1991) *La soledad domesticada*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Winnicott D. W. (1958,1993) *La capacidad para estar solo. En los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Paidós. Barcelona.



EXPERIENCIAS EN LA CLÍNICA



EXPERIENCIAS EN LA CLÍNICA

**LA TRISTEZA, EL SENTIMIENTO MAESTRO
QUE NADIE QUIERE**

Gabriela Pérez Negrete



Resumen

La tristeza no cabe en un mundo en el que estamos obligados a ser felices. Es un sentimiento que resulta antipático y amenazante a primera vista. Se presenta el momento de una falla terapéutica (*enactment*) como agente de cambio dentro del tratamiento de una paciente en análisis, en la que la aceptación de la tristeza permite reconfigurar la creencia de la inmovilidad y el desamparo y promueve el crecimiento mental. Se ponen en juego conceptos como *holding* y *enactment*, así como escenificaciones de la falla y la contra transferencia dentro del análisis.

Palabras clave: Holding; enactment; tristeza; continente; contenido; experiencia; análisis.

Abstract

Sadness does not fit in a world in which we are forced to be happy. It is a feeling that is unfriendly and threatening at first instance. The moment of a therapeutic failure (*enactment*) is presented as an agent of change within the treatment of a patient under analysis, in which the acceptance of sadness allows reconfiguring the belief of immobility and helplessness and promotes mental growth. Concepts such as *holding* and *enactment* are brought into play, as well as staging of failure and countertransference within the analysis.

Keywords: Holding; enactment; sadness; continent; contents; experience; analysis.

¹ Psicoanalista y artista, psicoanalista y directora del CentroK

Cómo citar:
Pérez Negrete, G. (2021). La tristeza, el sentimiento maestro que nadie quiere. *VérticeK*, 1(1), 82-87.

"Escribo, triste, en mi cuarto tranquilo, solo como siempre he estado, solo como siempre estaré"
Pessoa
A Teresa con gratitud por permitirme conocerla y sentir su tristeza.

INTRODUCCIÓN Sobre la tristeza en el análisis

Como si se tratara de una enfermedad, la tristeza ha sido echada de la noción de bienestar, se nombra poco en la formación afectiva y anímica de los sujetos no dejándola aparecer y muchas veces castigándola como si se tratara de un defecto. Se nos aleja de ella, se nos intenta distraer para no sentirla, para desaparecerla, para no dejarla ver, porque además de todo se nos ha hecho creer que es un signo de vulnerabilidad intolerable. La tristeza nos hace detenernos y esto resulta de enorme valor al interior de cualquier intento de introspección. En el caso del encuentro llamado terapia psicoanalítica, la aparición de la tristeza en el paciente propone un cese en la lucha contra lo irremediable después de haber intentado seguramente muchas veces, ganar esta batalla.

Marina y López Penas (1999) refieren que para el léxico castellano, la tristeza es el sentimiento por antonomasia y advierten que casi todas las lenguas designan con más precisión y riqueza los sentimientos negativos que los positivos. Describen a la tristeza como un sentimiento introvertido de impotencia y pasividad en el que el sujeto siente que no puede hacer nada para salir de su estado. Sin objeto amado, sin interés, viviendo en un paisaje devastado, inerte frente a su sentimiento. A pesar de esto, la tristeza es expulsada, rechazada y evadida como si anunciara una catástrofe interminable.

Homero en la *Ilíada* nos habla de la tristeza como una pasión inútil: *aunque los dos estemos afligidos, dejemos reposar en el alma las penas, pues el triste llanto para nada aprovecha*, advirtiéndonos lo infructuoso de su presencia.

Pocas veces observamos en los ámbitos familiares la tolerancia frente a su aparición y muy rara vez no es comunicado que ésta no se retirará si el cuerpo y la mente no la atraviesan, la viven y la digieren, y que contrario tomará la forma de todo aquello a lo que tememos.

Bion (2009) plantea que las experiencias sensoriales se detonan de una experiencia emocional específica y que éstas lograrán transformarse en elementos alfa si logran ser representadas. En este sentido la tristeza como una experiencia emocional en un infante, logra transformarse en elementos alfa si es nombrada, traducida y está en consonancia con la experiencia.



Para pensar se necesita tiempo y la tristeza lo otorga al hacernos sentir que todo se detiene. No estamos acostumbrados a habitar la tristeza en movimiento puesto que se ha emparentado a la languidez del espíritu y a la debilidad de la mente y del cuerpo. Pero ¿quién se encarga de anunciarnos el peligro o la riqueza de este sentimiento maestro?

Winnicott (1965) refiere que cuando el *holding* sucede satisfactoriamente el infante no puede darse cuenta de lo que se está proveyendo ni de lo que se le evita sufrir, pero cuando las cosas no marchan bien el infante toma conciencia, no del fracaso del cuidado materno sino de los resultados, sean cuales fueren, de ese fracaso. Es así cómo, si la madre o quien cumple la función es capaz de llevar a cabo un *holding* suficientemente bueno y auxiliar al infante a digerir las primeras experiencias de tristeza, éste logrará tolerar en la vida adulta el tránsito por esa vivencia. Para esto se necesita que la propia madre o quien cumpla las funciones, contenga el conocimiento de la tristeza como un sentimiento no solamente malo o infructuoso sino que pueda ofrecerle al infante la tristeza como algo complementario y necesario.

En el proceso analítico el encuentro con aquellos sentimientos considerados negativos abre la posibilidad de detenernos y advertir nuestra profundidad. Ser continente para un ser humano que experimenta su tristeza es en cierto sentido regalarle una morada privilegiada para habitar su intimidad. En palabras de Bion el analista acompaña al paciente y colabora con la digestión de sensaciones corporales y emociones de tristeza, para permitirles volverse una experiencia, aunque una vez más esto dependerá de la propia noción que el analista tenga de ella. Es necesario no temerle, navegar muchas veces sin rumbo y sentido para poder ayudar a digerir y a transformarla en experiencia.

Enactment

Si rastreamos el concepto de *enactment* podemos encontrar restos de su tribu semántica desde conceptos articulados por Freud cuando en el Caso de Dora, 1905 habla de “la proyección de la estructura fantasiosa del paciente sobre el analista”. Casi seguido de éste desarrolla el concepto de contratransferencia en 1910 en el que hace referencia a “la influencia del paciente sobre los sentimientos inconscientes del analista” al que después agrega el llamado “acting out” en 1914, en el que a través del caso Dora logra hablar de la compulsión a la repetición como una forma de recordar del paciente.

“...La significación de *enactment* traducido del inglés como puesta en acto, en acción, escenificación o actuación es atribuida usualmente a América del Norte, en donde Theodore Jacobs (1986) lo presenta en su artículo “Sobre los *enactments* de la contratransferencia”, como situaciones en que el analista se ve sorprendido por su propio comportamiento contra transferencial y supuestamente inadecuado, la inducción emocional del paciente y sus propias características personales. Utilizó el término para nombrar una ocurrencia específica, que sucede durante el análisis, cuando la psicología del paciente se exterioriza frente al analista con lo que trataba de enunciar que

“un enactment es comportamiento del paciente, del analista, o de ambos, que surgen como respuesta a conflictos y fantasías agitadas por el trabajo terapéutico en curso”.(Diccionario enciclopédico de psicoanálisis, IPA)

Teicholz (2006) se refiere al *enactment* como una respuesta a una presión inusual que recae sobre el analista y que involucra un área de contenidos o una intensidad de comunicación que no es característica de ese analista en particular. En ese sentido Jacobs (1986) y Teicholz (2006) ponen un énfasis en que es la vida inconsciente del paciente la que hace reaccionar al analista a través de una transferencia, acercándose a una visión clásica.

El *enactment* entonces resulta una oportunidad para poner a la vista un contenido que no puede retrasar más su aparición y lo hace por la vía de la transferencia al analista, en el que encuentra un vehículo. En ese sentido es inevitable y aunque muchas veces aparece como una falla, una acción precipitada del terapeuta en realidad puede contribuir al fortalecimiento del análisis. En el campo psicoanalítico encontramos la tesis de Jessica Benjamin (2018), para quien el *enactment* es una falla en la relación aunque no necesariamente un peligro. Incluso lo expone como un elemento que puede contribuir a la construcción de un tercero compartido, si el analista permite alejarse de su excesivo ideal.

Podemos referirnos entonces a un suceso en el que quedan involucradas las mentes del analista y el analizante, que actúan bajo una influencia común que puede derivar en un acto no sólo verbal sino de acción en el análisis en el que es indispensable la precaución del analista para no aplastar un momento extraordinario, en el que quedará de manifiesto la expresión del mundo inconsciente.

Viñeta clínica

Teresa es una mujer de 49 años, investigadora en el área científica. Está soltera viviendo una relación aparentemente satisfactoria. Mexicana con ascendencia extranjera, atea, madre de dos hijas adultas, exitosas y en pleno momento de separación. Tiene una adecuada capacidad para tener amigos y sostenerlos en el tiempo y una adecuada capacidad de insight. Pertenece a la clase media alta de la Ciudad de México. Ha tenido tres relaciones sentimentales relevantes. En la primera concibió a sus dos hijas. La segunda fue una relación larga con un hombre con el que vivió por más de 15 años y con el que se acompañó en la crianza de sus hijas. La última relación es un reencuentro con un novio de la universidad. Teresa acude a sesión entre otras razones, por sentir una tristeza insoportable que se acentuaba los domingos. La sensación de desconsuelo y muerte se presentaba apenas se asomaba la idea de estar a solas en casa una tarde de domingo. Sensaciones de muerte, desconsuelo, tristeza y soledad, resultaban insoportables para ella.

Teresa es la segunda hija de un matrimonio de extranjeros que encontraron la manera de reconstruir su vida en México. Su padre era un hombre trabajador, contratado en una empresa transnacional y su madre, una mujer educada, dedicada al cuidado de sus dos hijas.



Descripción, discusión y resultados del tratamiento

Desde la primera entrevista Teresa se mostró abierta y logramos establecer una buena alianza terapéutica. Durante la primer parte del tratamiento trabajamos cara a cara y sus asociaciones se dirigían mayormente a hablar de la relación con sus dos hijas, su actual pareja de nombre Roberto y su sensación de soledad: “Es algo completamente irracional, lo sé, no es que me va a pasar nada, pero no soporto la sensación, siento como si me fuera a morir”

En más de una ocasión intenté ofrecer una explicación de su sensación de muerte y tristeza a partir de la ausencia de sus hijas, quienes aún vivían en casa pero cada vez tenían más ocupaciones sociales y se ausentaban sin explicar nada “siento que ya no somos ese trío de mujeres que disfrutábamos pasar mucho tiempo juntas”. También exploramos la idea de la ausencia de Roberto, su actual pareja, quien los domingos solía dedicarlos a salir con sus hijos y no la consideraba. A pesar de que estos datos colaboraban a la explicación, la tristeza y el miedo a los domingos no cedía.

Fue durante una sesión que Teresa dijo:

- Otra vez sucedió. Roberto me dejó esperando.
- ¿Abandonada?
- Si
- ¿Cómo te sientes?
- Estoy furiosa de permitir esto pero lo acepto por el miedo a quedarme el domingo en casa.
- He pensado en la última vez que hablaste de esto y recordé haberte visto casi como una niña a la que se le deja sola y desprotegida. ¿Así te sientes?

— Creo que sí. Pero es una locura porque entiendo perfecto que no estoy sola ni desprotegida. Es ridículo y desesperante pero no puedo ni moverme de casa de lo triste que me quedo.

— ¿Quién te abandonó?

— ¿Cómo?

— Parece que no es Roberto, ni tus hijas ni tus amigos quienes te abandonan.

Teresa comenzó a llorar y no parecía entender nada pero la había invadido una sensación de desprotección inexplicable por la vía de su narrativa.

Fue en una sesión posterior que Teresa comenzó a tejer algunos recuerdos meticulosamente hasta narrar: “Ahora recuerdo que mi madre me contó que cuando nací mi hermana mayor enfermó y tuvieron que hospitalizarla. Mi madre me dejó recién nacida con mi abuela por días y fue a cuidarla al hospital. Mi abuela se hizo cargo de mi cuidado pero mi madre no estuvo. Siempre he sentido su preferencia por mi hermana y no sé si esto sea cierto, pero para mí ha sido doloroso sentir que desde el primer día ella tuvo que correr a rescatarla, dejándome abandonada”.

La asociación era contundente. Teresa había vivido un abandono que no tenía registro consciente y que se revivía cada domingo en el que quedaba sola con la sensación de desprotección, desamparo, soledad y tristeza. A partir de ese día pudimos descifrar que aquél residuo de abandono se revivía cada domingo al sentir que los demás preferían ir con alguien más que con ella. Teresa fue atravesando su tristeza a través de sus narraciones, de lágrimas, de sesiones en las que estaba tan desconsolada, que fui

Descripción, discusión y resultados del tratamiento

Así llegamos a otra fase del análisis en el que Teresa se encontraba con mucho mejor ánimo y hablando de otros temas, cuando de manera intempestiva al iniciar una sesión en la que yo apenas estaba cerrando la puerta del consultorio y ella se sentaba, dijo:

—¡Pues ahora sí estoy tristísima!

—¡Ay nooo! Respondí contradiciendo todo aquel discurso en el que le pedía darle la bienvenida a cualquier sentimiento por duro que fuera.

Nos quedamos un momento en silencio y entonces dije:

—Lo que acabo de decir es lo contrario de lo que te he dicho en sesión, ¿te das cuenta?

Ella sonrió y me dijo que sí, nos reímos. Le pedí una disculpa por haber intentado detener su tristeza y esa sesión quedó guardada como un referente dentro de su análisis.

Esa aparente falla abrió la posibilidad de verbalizar el miedo que Teresa tenía de volver a caer en un estado de desolación y tristeza. El trabajo analítico hasta ese día había dejado aún rastros de miedo a repetir la experiencia y no lograr salir de ella. Este miedo había creado tal presión en el análisis que Teresa se dedicaba a hablar de cosas y sentimientos buenos para no vulnerarse frente a sentimientos aparentemente peligrosos. El miedo aumentó hasta que *una presión inusual se puso de manifiesto a través de mis palabras e hizo aparecer lo que ella no podía verbalizar*. La vida inconsciente de Teresa y mía, mis propios residuos culturales sobre lo que significa estar triste, nos llevaron a intentar rechazar a la gran maestra, aunque por fortuna no lo hicimos.

Conclusiones

La particularidad del trabajo clínico y la riqueza de la construcción de la vida de un individuo se debe en gran medida a cómo ha formulado su realidad desde un punto de vista particular y por medio de determinaciones culturales específicas. Pensar la vida psíquica como el resultado de muchas relaciones humanas que han contribuido a la construcción de una realidad individual y a sus metáforas, nos invita a mirar al interior de la consulta una danza en la que la particularidad de nuestros pasos dará una nueva narrativa a la vida del paciente, y poco a poco esos pasos se podrán integrar en relaciones sociales nuevas. La subjetividad de estas construcciones será fundamental para alimentar esta nueva narrativa. En este sentido, la aparición y tolerancia de la incertidumbre por parte del analista frente a sentimientos como la tristeza adquieren una vital relevancia. Desarrollar cualidades excepcionales en la relación con el analista y recibir una respuesta adecuada frente al sufrimiento, originará en el paciente la certeza de ser contenido por un continente confiable, donde se pueden experimentar emociones y sentimientos que generarán una nueva experiencia.

Los trazos en espiral dentro del análisis y la presencia del *enactment* como resultado del tejido inconsciente entre paciente y analista, otorgan la oportunidad de abrir contenidos latentes que no pueden permanecer más en la oscuridad y que a partir de esta aparente falla logran una vía de comunicación segura y tolerable.



Referencias

- Benjamin, J. (2017, 6 de julio). *Beyond Doer and Done To. Recognition theory, intersubjectivity and the third* (1ª ed.). Routledge Taylor & Francis Group.
- Bion, W. R. (2009). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós psicología profunda.
- Marina, J. A. y López Penas, M. (1999, 12 de marzo). *Diccionario de los sentimientos*. Anagrama.
- Moreno, E. (2000). A propósito del concepto de enactment. *Aperturas*, 4 <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000111>.
- Rodríguez Sutil, C. (2010, 28 de abril). Sobre el "enactment". *Psicoanálisis: principios del psicoanálisis relacional*. <http://crsutil56.blogspot.com/2010/04/sobre-el-enactment.html>.
- Winnicott Donald W. (1989). *Exploraciones psicoanalíticas I*. Paidós psicología profunda.
- Winnicott Donald W. (1993). *Realidad y juego*. Gedisa. http://www.terras.edu.ar/biblioteca/16/16TUT_Winnicott_Unidad_4.pdf.
- *IPA World* (2021). International Psychoanalytical Association. https://www.ipa.world/en/Encyclopedic_Dictionary/Espagnol/encesp.aspx.

EXPERIENCIAS EN LA CLÍNICA



COVID-19: ENCIERRO Y REGRESIÓN
Alejandro Luque Hernández¹ y Ana Martínez Vázquez²

Resumen

Una de las consecuencias de esta pandemia es el aumento en pacientes con trastorno de ansiedad. Se presenta el caso clínico de un paciente cuyo tratamiento se basa en la psicósomática y el psicoanálisis. La ansiedad provocada por el estrés del aislamiento se controla con medicamentos. Desde el trabajo psicoanalítico se observa que en este paciente se despertaron angustias de pérdida del objeto y relaciones de objeto regresivas. Psicoanalista y psicósomatólogo funcionan como un padre y una madre que cuidan y trabajan con el paciente. Todo el tratamiento se acompaña de una estrecha comunicación entre psicoanalista y psicósomatólogo, en una suerte de co-terapia. El paciente logra controlar la ansiedad y al cabo de nueve meses (como si de un parto se tratara) se da por concluido el tratamiento.

Palabras clave: co-terapia; angustia de separación; ansiedad; pandemia; encierro.

Abstract

One of the consequences of this pandemic is the increment in patients with anxiety disorder. The clinical case of a patient whose treatment is based on psychosomatics and psychoanalysis is presented. Anxiety caused by the stress of isolation is controlled with medication. From the psychoanalytic treatment it is observed that in this patient anguish of loss of the object and regressive object relationships were aroused. Psychoanalyst and psychosomatologist function as a father and mother who care for and work with the patient. The entire treatment is accompanied by close communication between the psychoanalyst and the psychosomatologist as co-therapy. The patient manages to control the anxiety and after nine months (as a childbirth) the treatment is terminated.

Keywords: co-therapy; separation anxiety; anxiety; pandemic; confinement.

- ¹ Médico especialista en medicina interna y endocrinología, experto en medicina psicósomática y psicología de la salud. Es el médico del paciente. Psicoterapeuta del CentroK
- ² Doctora en química, maestra en psicoterapia psicoanalítica. Es la psicoanalista del paciente. Psicoterapeuta del CentroK.

Cómo citar:

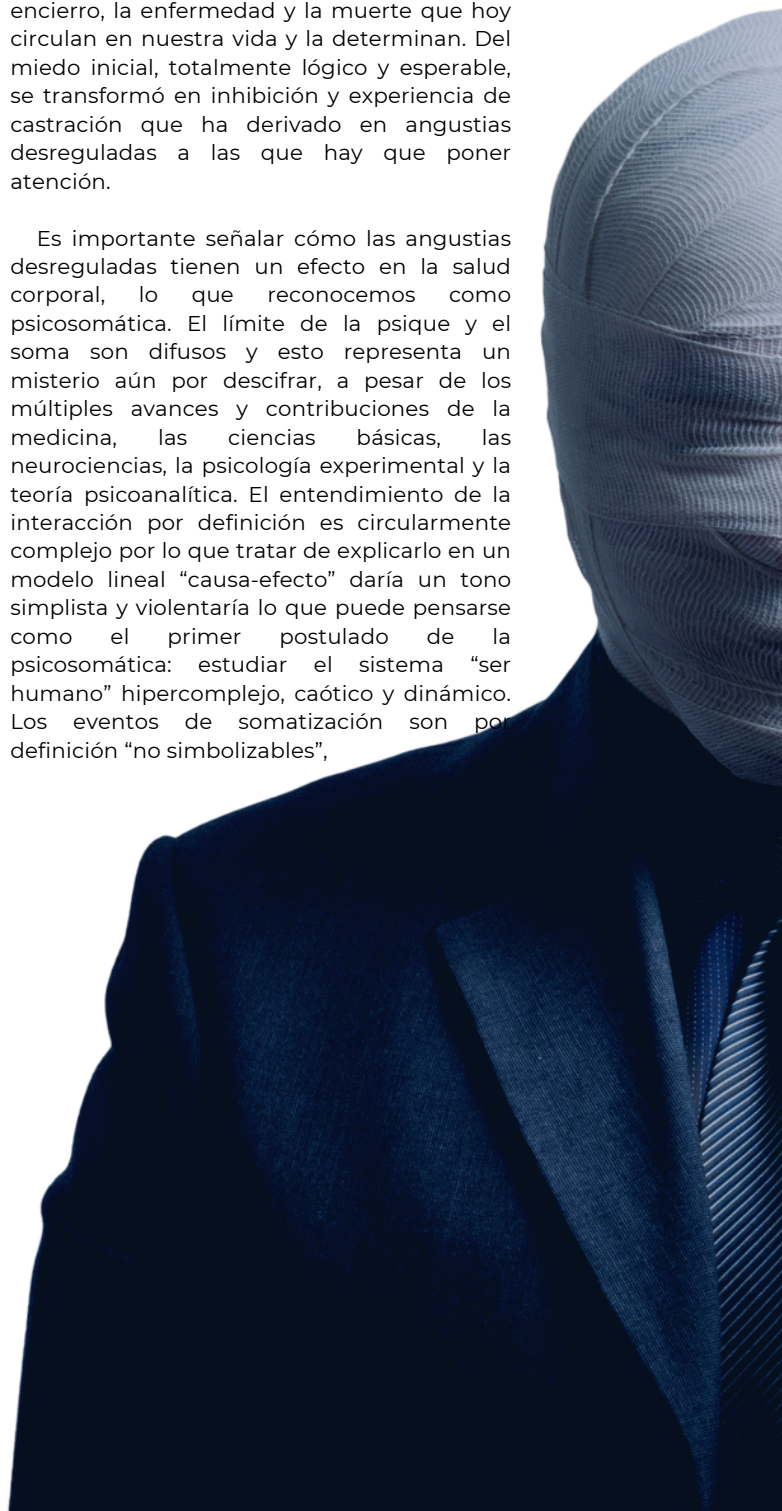
Luque Hernández, A. y Martínez Vázquez, A. (2021). COVID-19: encierro y regresión. *VérticeK*, 7(1), 88-98.

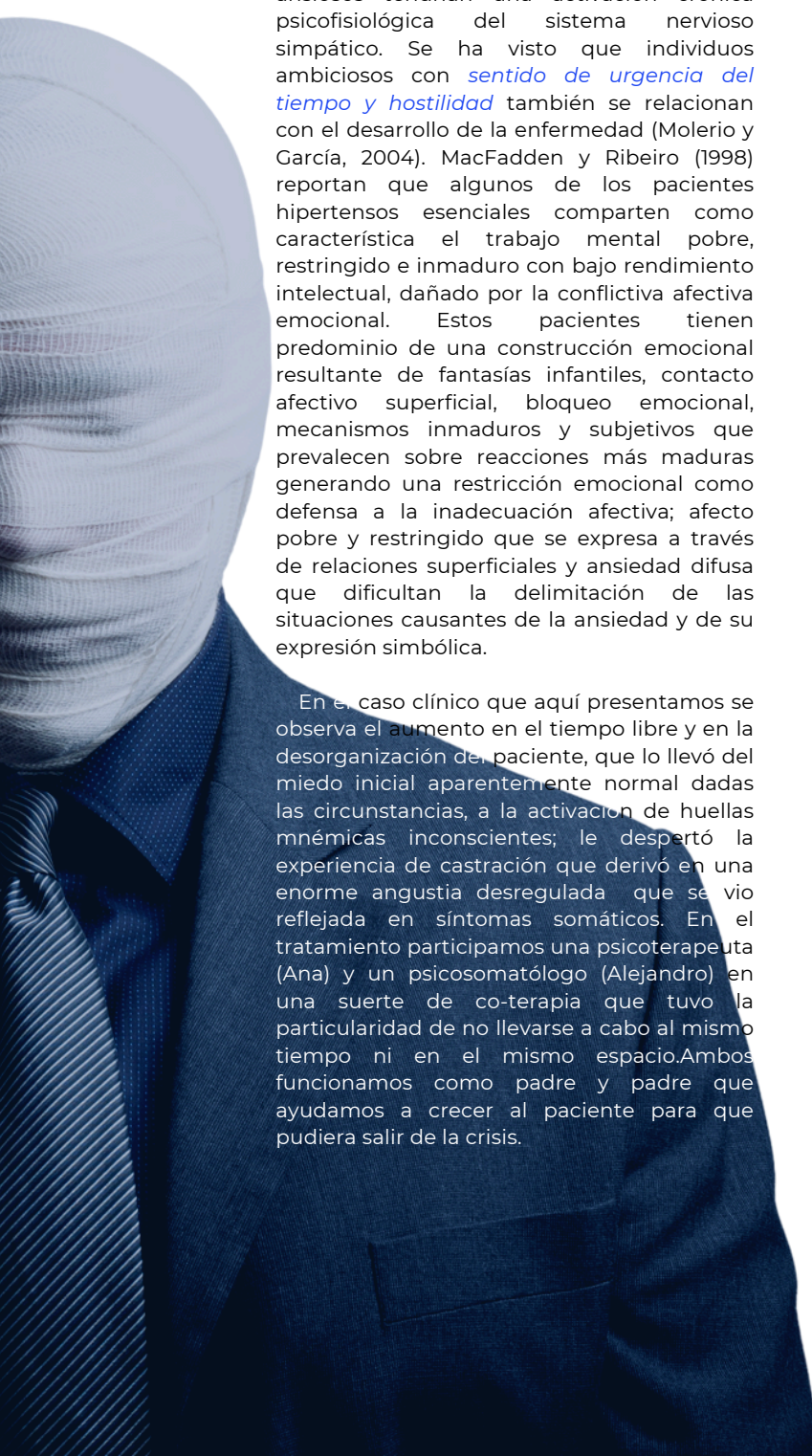
INTRODUCCIÓN

Un año de pandemia y sobrevivencia. Pareciera que estamos ante el malestar en la cultura y el bienestar ilusorio del porvenir. A través de este tiempo han aparecido múltiples publicaciones. En todas ellas se hace evidente el aumento de la ansiedad, el miedo y la depresión, y se reconoce desde la clínica que se han generado enormes montos de angustia entre la población. La incertidumbre que genera esta situación mundial inédita se ve reflejada en las consecuencias subjetivas particulares de cada persona. La subjetividad, entendida como los hábitos, las costumbres, las creencias, los saberes y los deseos que nos habitan, se ve conmovida ante el encierro. Como seres sociales y culturales que nos comunicamos a través del lenguaje necesitamos hablarle a otros, hablar de otros y sentir que los otros nos hablan. Aunque para todos esto se ha visto perturbado con el encierro, no podemos desde la subjetividad hablar de las consecuencias universales que la pandemia tendrá sobre la población ya que lo subjetivo es la lectura que cada uno de nosotros hace sobre un hecho en particular. Sin embargo, los reportes apuntan a que, estadísticamente, será mucha más la gente afectada psicológicamente por la pandemia y el encierro, que directamente por el virus (Lombardi, 2020). Como psicoanalistas la situación nos ha forzado al trabajo en línea que si bien no es perfecto, es suficientemente bueno (González, 2021). Hay repercusiones a nivel transferencial y contratransferencial, modificaciones en el encuadre y situaciones inesperadas como la de depender de una buena conexión, pero aún con todo esto, la atención a distancia ha sido adecuadamente buena. Después de más de 365 días de encierro el sentimiento de incertidumbre generalizado empieza a ceder ante la ilusión y la esperanza de la vacuna, pero queda una resaca psicológica que habrá que atender. La aparición del virus también transformó el tiempo psíquico de las personas y aumentó el tiempo libre y la desorganización. El tiempo se relaciona con la supervivencia y con la capacidad de adaptación (Betech, 2020). Para sobrevivir hay que adaptarse y en este caso, adaptarse es aprender a vivir con la enfermedad, con el tiempo libre y con el desorden.

Los que atendieron su salud física y mental antes de la pandemia tienen más recursos para enfrentar esta situación, pero no se puede dejar de reconocer que hay un sentimiento de fragilidad y de vulnerabilidad. (Loa Zavala, 2020). La experiencia traumática ha conducido a la activación de ciertas huellas mnémicas inconscientes que se resignifican en el presente motivadas por el encierro, la enfermedad y la muerte que hoy circulan en nuestra vida y la determinan. Del miedo inicial, totalmente lógico y esperable, se transformó en inhibición y experiencia de castración que ha derivado en angustias desreguladas a las que hay que poner atención.

Es importante señalar cómo las angustias desreguladas tienen un efecto en la salud corporal, lo que reconocemos como psicósomática. El límite de la psique y el soma son difusos y esto representa un misterio aún por descifrar, a pesar de los múltiples avances y contribuciones de la medicina, las ciencias básicas, las neurociencias, la psicología experimental y la teoría psicoanalítica. El entendimiento de la interacción por definición es circularmente complejo por lo que tratar de explicarlo en un modelo lineal "causa-efecto" daría un tono simplista y violentaría lo que puede pensarse como el primer postulado de la psicósomática: estudiar el sistema "ser humano" hipercomplejo, caótico y dinámico. Los eventos de somatización son por definición "no simbolizables",





hecho mismo que marcó el cambio epistemológico con la conversión histórica freudiana en los inicios de la psicopatología (en efecto, nacida en los mismos orígenes del psicoanálisis). Diversas investigaciones citadas por Molerio y García (2008) vinculan la ansiedad con la hipertensión arterial, postulando que los individuos con rasgos ansiosos tendrían una activación crónica psicofisiológica del sistema nervioso simpático. Se ha visto que individuos ambiciosos con *sentido de urgencia del tiempo y hostilidad* también se relacionan con el desarrollo de la enfermedad (Molerio y García, 2004). MacFadden y Ribeiro (1998) reportan que algunos de los pacientes hipertensos esenciales comparten como característica el trabajo mental pobre, restringido e inmaduro con bajo rendimiento intelectual, dañado por la conflictiva afectiva emocional. Estos pacientes tienen predominio de una construcción emocional resultante de fantasías infantiles, contacto afectivo superficial, bloqueo emocional, mecanismos inmaduros y subjetivos que prevalecen sobre reacciones más maduras generando una restricción emocional como defensa a la inadecuación afectiva; afecto pobre y restringido que se expresa a través de relaciones superficiales y ansiedad difusa que dificultan la delimitación de las situaciones causantes de la ansiedad y de su expresión simbólica.

En el caso clínico que aquí presentamos se observa el aumento en el tiempo libre y en la desorganización del paciente, que lo llevó del miedo inicial aparentemente normal dadas las circunstancias, a la activación de huellas mnémicas inconscientes; le despertó la experiencia de castración que derivó en una enorme angustia desregulada que se vio reflejada en síntomas somáticos. En el tratamiento participamos una psicoterapeuta (Ana) y un psicopatólogo (Alejandro) en una suerte de co-terapia que tuvo la particularidad de no llevarse a cabo al mismo tiempo ni en el mismo espacio. Ambos funcionamos como padre y madre que ayudamos a crecer al paciente para que pudiera salir de la crisis.

Viñeta clínica

Es un paciente masculino mayor de 70 años, profesional independiente. Casado, padre de tres hijos y abuelo de tres nietos. Vive con su esposa, uno de los hijos y uno de los nietos. Está casado hace más de cuarenta años, pero hace treinta años que se peleó con su esposa y hace diez que dejaron de hablarse. Cada quien se fue a su habitación. Dice que *no hay eco* con su esposa. Manifiesta soledad y miedo a envejecer. Tiene mucho miedo a las enfermedades porque él nunca *se enfermaba*. Habla con esperanza de cuando su señora y él se arreglen, pero no especifica lo que discute con su mujer. Utiliza un lenguaje sofisticado porque dice que es *vergonzoso, arcaico, de antaño*. Llega a consulta a través del CentroK después de cuatro meses de encierro, con un cuadro de angustia desregulada y mucha ansiedad. Al cabo de cuatro sesiones con la psicoterapeuta se le refiere para que asista con el médico-psicopatológico quien lo diagnostica con hipertensión arterial sistémica, síndrome vertiginoso y crisis de ansiedad. El paciente manifiesta sentir opresión y ardor en el cuello, prurito faríngeo junto con disnea respiratoria, opresión torácica, ansiedad, ganas de salir corriendo, insomnio, palpitaciones, temblor, rigidez de las extremidades en crisis, miedo, ideas intrusivas y negativismo. El médico-psicopatológico le receta ansiolíticos y medicinas para

controlar la hipertensión. Se continúa el tratamiento psicoanalítico con consultas médicas periódicas. Todas las consultas con la psicoterapeuta son por videollamada. El tratamiento tuvo una duración de nueve meses.

DESCRIPCIÓN, DISCUSIÓN Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO Psicoterapia

N solicita consulta psicoanalítica cuando llevábamos en México tres meses de encierro debido a la pandemia. Su motivo de consulta es *“el pánico de enfermarse por COVID”*. Casi no sale de su casa porque está aterrado. Cuando empieza a anochecer le dan crisis de ansiedad agudas, siente que no puede respirar, siente que el aire que respira *“le pica como cuando se asa un chile”*. Piensa que lo puede controlar pero no lo logra. Busca lugares de la casa que estén *libres del gas ese que le pica* y finalmente lo encuentra en el baño. Ahí se refugia hasta que se le pasa.

Pide ayuda desesperadamente, su hablar es el de una persona presa del pánico. Se le da cita dos veces por semana, a la hora en que le da la crisis aguda de ansiedad. En la segunda sesión el relato es el mismo. Casi no puede hablar, se le escucha desesperado, no quiere dejar la llamada porque cuando está hablando con la analista dice que sí tiene aire, siente que el aire no está mal. En la tercera sesión dice que está más calmado pero se le nota ansioso, dice que ya no quiere vivir así, llora, no se quiere matar pero quiere quitarse eso que tiene porque así ya no quiere vivir. La angustia y la ansiedad se sienten totalmente desreguladas.

Se le sugieren actividades de respiración para ayudarlo a controlar la ansiedad. El dice que siente que se muere. Le da pánico que termine la sesión y se percibe como cuando un niño pequeño se agarra con desesperación al cuello de la madre para que no lo deje. Después de esta tercera sesión lo consulto con Alejandro y decidimos hacer un tratamiento en conjunto.

En la cuarta sesión la ansiedad sigue igual, se le sugiere que vea a Alejandro para que le ayude a tranquilizarse. Me dice que acudirá al médico pero me pregunta sobre él. Le digo que es médico y que además es especialista en psicosomática.

¿Qué es eso? pregunta. Le explico que se refiere a las enfermedades de la mente que enferman al cuerpo, le digo del miedo imaginado y las ganas de salir corriendo, y entonces acepta verlo. Cuenta que no sale a trabajar, que trabajar lo entretenía pero que estar todo el tiempo en la casa ya le cansa. Le pido que me describa sus días, me cuenta que no hace nada, sólo piensa en lo que va a sentir cuando le venga la crisis. A veces sale a caminar por la cuadra, por las calles alrededor de su casa. Nuevamente no quiere cortar la llamada, porque dice que se le estropea el aire si no está hablando conmigo.

Durante la quinta sesión me comenta que habló con Alejandro, que lo notó muy agresivo, que quiere que le diga cuanto le va a cobrar y no le dice, que quiere que yo hable con Alejandro y que interceda por él, cosa que no hago. Le comento que tiene que arreglarlo él mismo. Lo percibo como un niño pidiéndole a la mamá que interceda con el papá. Durante la sesión tratamos de buscar sus sitios de seguridad en la casa. Me comenta que se encuentra bien en el baño, a veces en su recámara, a veces en el patio. Su recámara está separada de la de su mujer, y hace por lo menos diez años que no se hablan. Me cuenta después que se debe a que él hizo cosas que no debía y no cuenta más. Cuesta mucho dejar la llamada. Se vuelve a sentir como un niño pequeño colgado al cuello para que no lo deje. Dice *“me siento secuestrado, es ajeno a mí, estoy atorado”*. Es repetitivo en su discurso y agresivo. Frecuentemente dice *ya le dije que*. En contratransferencia hay desesperación, como la que ha de despertar en las personas que lo rodean.



Picosomática

N hace varias llamadas telefónicas de forma insistente. Iniciaba atención por ansiedad y síntomas somáticos. En la llamada inicial N se percibe verborreico y francamente angustiado. Solicita atención a distancia por video consulta a la cual no se accede por la trascendencia de la revisión clínica médica. N habla sobre los antecedentes de su madre, quien padeció diabetes mellitus tipo 2 y trastorno de ansiedad generalizada. Dice *“mi madre venía aquí a esta clínica hasta que falleció”*. Su padre falleció de un infarto cerebral y un hermano de un infarto cardiaco. Vive en su casa con su esposa, los hijos se harán responsables del proceso de atención médica porque dice *“no tengo trabajo ni seguro médico, si me llevan a otro lugar me sacan muerto”*. N no tiene antecedentes personales médicos de importancia y es somáticamente asintomático, hasta el inicio del padecimiento actual que inició a principios de abril de 2020, y estuvo caracterizado por opresión en el tórax anterior, palpitaciones, disnea (sensación subjetiva de falta de aire), opresión en cuello y ardor y prurito (comezón) faríngeo. No integró clínica para dolor cardiaco ni para padecimientos respiratorios. Junto con los síntomas presentaba temblor distal y rigidez de las cuatro extremidades aproximadamente a la hora de las crisis de ansiedad agudas, que coincidían con las noticias televisivas informativas del estado de la pandemia. Notaba miedo y preocupaciones excesivas así como angustia y negativismo del mismo tiempo de evolución. En esta primer consulta N llega veinte minutos tarde porque había *demasiado tráfico, no podía llegar* y abre con este discurso:

“Desde que comenzó la pandemia, yo lo tomé normal, después con el tiempo empecé a sentir un síntoma, que el aire que respiraba estaba contaminado por el virus, me daba temor respirarlo, no en todas partes, en determinadas partes ese aire estaba pesado, lo respiraba y sentía una especie de picante en la garganta, rasposo, me empezaba a poner tenso, me empezaba a faltar la respiración, trataba de respirar y respiraba a la mitad, las piernas se me aflojaban y me pesaban, al borde de no poder caminar,

siento la crisis muy fuerte, me desespera, al borde de querer salir y gritar que alguien me ayude. Lo que hago para controlarme es buscar un lugar de mi propia casa en donde sentir que respiro aire puro... Me dan ganas de llorar, de gritar, empiezo a temblar, ya no aguanto esa situación de ponerme así porque no sé qué hacer, no duermo uno o dos días y estoy tenso, tembloroso”

En la revisión física se le encuentra hipertensión arterial (160/90), frecuencia cardiaca 130 latidos/minuto, región cardiaca y respiratoria normal, exploración neurológica normal. Durante la exploración al inicio contratransferencialmente despertó enojo e incluso ideas sádicas para posteriormente ya en la consulta apreciarle como un niño indefenso, sentado esperando, moviendo ambas piernas y despertando el deseo de abrazarlo y sostenerlo. El diagnóstico que se integra es de hipertensión arterial sistémica, ansiedad generalizada y vértigo posicional benigno. Se inicia el manejo con medicamentos para la presión arterial y frecuencia cardiaca y se propone tratamiento con inhibidor selectivo de recaptura de serotonina (paroxetina), así como benzodiacepina en dosis bajas sólo durante cinco días. Dentro del protocolo se solicitan estudios de laboratorio y electrocardiograma entre otros. No se encuentran alteraciones en los resultados.

En la segunda y tercer consultas de seguimiento con buen apego al tratamiento, pero constantemente intentando cambiar las citas y los horarios, sin pagar los honorarios médicos puntualmente por lo que se le indica que en caso de no cumplir se le referirá a un hospital público para continuar su atención. Se acuerdan fecha y hora de cada sesión. La importancia del seguimiento y el respeto de los espacios así como la posibilidad de continuar el seguimiento por videoconsulta.

En la cuarta consulta dice al llegar *“ya me siento más tranquilo, estoy jugando con mi nieto al burro lo cual me da mucho gusto y lo disfruto”*. Se han ido disminuyendo dosis de medicamentos hasta el momento actual.

Diagnóstico y tratamiento

El paciente presenta un cuadro de trastorno de ansiedad generalizado sumado a crisis agudas de ansiedad que le provocan hipertensión arterial sistémica y síndrome vertiginoso. Tiene angustia de muerte y pérdida, está en una fase regresiva en la etapa oral. Los mecanismos de defensa son narcisistas y obsesivos. Hay un goce de la madre fálica debida al trastorno reciente. Parece haber un trauma infantil que reaparece y que lo remite al baño como lugar seguro. La angustia opera como un mecanismo de defensa. El objetivo del tratamiento es que la angustia no migre a otra cosa. Parece haber un sensor que el paciente activa cuando el conflicto psíquico reaparece y que es como un mecanismo de defensa que ocasiona displacer y aleja el conflicto infantil reprimido.

Como parte del tratamiento se manejan pruebas de realidad, actividades de relajación, se trata de conectar con su fragilidad y se evita la sobre-información. El goce parece estar en la queja permanente. Cuando regresa a la psicoterapia después de ser revisado y medicado por Alejandro está mucho más tranquilo, se puede hablar con él aunque arrastra la voz como si estuviera drogado. Habla de su familia y de su soledad. Cuenta sus esfuerzos para estudiar porque no tenían recursos y eran muchos hermanos. Solicita hablarle a la psicoterapeuta porque dice *luego me siento muy solo* pero esto no se le concede porque no sería beneficioso para el paciente. Después de la décima consulta psicoterapéutica dice que se siente más fuerte y que no sabe *que lo asustó de repente*. Dice que se siente inútil y que no puede dormir. Le da pánico que le pase algo si se mueve *porque tiene la presión alta*. Vuelve a solicitar hablar con la analista todo el tiempo para que lo tranquilice. Se le ofrece otra sesión pero dice que no puede pagarla.

Comienza a llegar tarde a las sesiones y a no pagarlas. Debe cuatro sesiones, se le avisa que ya no podremos tener otra sesión hasta que pague, dice que tiene miedo a morir, y

pregunta que si no hablamos entre nosotros de él (entre Alejandro y Ana). Se le pregunta porqué eso es importante y no contesta. No paga las sesiones y el tratamiento se interrumpe. Aunque el paciente siempre habla a la hora de su cita no se le contesta. Da la impresión de ser un hombre devaluado por las mujeres que ahora quiere devaluar a la psicoterapeuta y por eso deja de pagar.

Al cabo de un mes y medio acude con Alejandro para revisión, y él le dice que regrese a la psicoterapia, que el tratamiento es en conjunto y que si no él tampoco puede atenderlo. Alejandro se convierte en la voz del padre y de la autoridad. Después de esa sesión con Alejandro, paga lo que debía y regresa a la psicoterapia. Sigue tranquilo y dice: *estos días sin terapia me sentí desprotegido, desamparado, decaído, no útil*. Dice que está mucho mejor, es el mes de noviembre y tiene planes para la navidad. Tiene vértigo al levantarse y las cataratas. Explica que él creía que *“el gas o la enfermedad lo estaban dejando ciego. Era mi mentalidad, la mente es muy fuerte. Me di terapia yo mismo, me repetía que yo no tenía nada y me pude auto-controlar”*. Se le reconoce la valentía al finalizar la sesión. Empieza a tener sesiones intermitentes, está fortalecido y parece tener la habilidad de hacer sentir a los demás que son los malos del cuento. Solicita espaciar las sesiones para vernos cada dos semanas, y como se le observa mucho más tranquilo y en control, se cree conveniente hacerlo. A la siguiente sesión está mejor, un poco maniaco y acelerado, entusiasmado porque está mejor y ya puede dormir. Está nostálgico por querer jugar con su nieto y sentir que no puede. Triste, se siente abandonado por Alejandro porque ya no lo ha visto. Recuerda en sesión el abandono de la esposa. Siente frío en las mañanas, ya no se enoja con la esposa, lo deja *todo pasar* pero está triste.

En marzo, durante su última sesión, explica que no sabe cómo pudo pasarle eso, que ahora lo ve en perspectiva y se pregunta qué *cómo iba a ser eso posible, si no podía respirar aquí pues tampoco en otro sitio*. Reconoce que todo estaba en su mente y se sorprende. El médico- psicosomático le reduce medicamentos. Se siente triste por la vejez. Le pesa la vejez porque dice *yo me conocí joven*. Ante la pregunta de si cree que le puede volver a pasar, dice que está seguro de que no. No quiere dejar la psicoterapia, hasta que el vea que ya se puede ir a trabajar. No acepta dejar de ver a Ana hasta que Alejandro le diga que ya está bien, porque Alejandro le dijo en algún momento que si me dejaba a Ana, entonces él ya no lo vería más, que el tratamiento era en conjunto. Le entró el temor de que Alejandro no lo viera porque su mayor deseo es que le quite los medicamentos. Alejandro se vuelve como un ser imaginario, un Dios intocable.

Conclusión

Algo que nos pareció de suma importancia en el abordaje y tratamiento del paciente (tanto psicoterapéutico como médico-psicosomático) fué el encuadre, ampliamente conocido y ejercido por los colegas psicoanalistas lectores y por desgracia, tan pobremente desarrollado en la práctica médica habitual. Es necesario a manera de preámbulo comentar que el fenómeno psicosomático como "somatización" consiste en un movimiento de degradación psíquica en dirección del soma. Un proceso que si tomamos a Pierre Marty (1995) se presentaría como una "regresión somática" ya sea pasajera y reversible o progresiva y ocasionalmente mortal. En el lado opuesto, cada vez que se produce una afección somática, cualquiera que sea su causalidad, participará más o menos estrechamente en la economía psicosomática. Alineados con Pierre Marty (1995), existiría entonces una relación muy cercana entre los movimientos de desorganización o de reorganización entre lo somático y lo psíquico.

Es en los pacientes cuya economía psicosomática se encuentra gravemente perturbada por la enfermedad, en un profundo momento regresivo colocados en el límite, en donde el encuadre se posiciona como herramienta esencial para el trabajo progresivo, estructurante y de desarrollo simbólico, para que el paciente encuentre asistido por nuestro sostén un vivir mejor, independientemente de la gravedad de la enfermedad o de lo que le quede por vivir.

El síntoma-enfermedad hipertensión arterial y el encuadre como tópico de la técnica psicoterapéutica tienen una aplicación en los pacientes con fenómenos psicosomáticos. Resultaría incómodo, simplista e incluso omnipotente tratar de expresar el síntoma hipertensión arterial como solamente un simbolismo, aún partiendo desde la figurabilidad a la manera de Groddeck (1977) en los inicios de la práctica psicosomática psicoanalítica. Sin embargo, hay una gran cantidad de investigaciones que han reportado intentos de vincularla hipertensión arterial esencial con alguna disposición o rasgo psicológico y personalidad. Las variables que más han sido estudiadas son ansiedad, depresión, agresión-hostilidad y distrés. El distrés crónico y más aún, con mecanismos adaptativos sobrepasados, parece estar asociado a una serie de cambios fisiológicos como hipercortisolismo e hiperactividad autonómica simpática que ocasionarán incremento de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) con el siguiente incremento en las cifras de presión arterial.

Con esto establecen la relación entre depresión clínica y mayor probabilidad de desarrollar hipertensión sistémica. Friedman *et al* (2001) nos recuerda que la relación de ansiedad y depresión con hipertensión arterial sistémica sólo es significativa si se suma la vulnerabilidad genética y otros factores ambientales. El psicoanalista representante de la Escuela de Chicago, Alexander (1939) fué el primero en vincular el desarrollo de hipertensión con la presencia en los individuos de un patrón constante de inhibición en la expresión de los impulsos hostiles agresivos.

Desde el abordaje médico y una vez descartada la urgencia médica y en su caso atendida, es importante conectar con la propuesta de abordaje psicoterapéutico en la que se debe encontrar el momento oportuno de acceder a la demanda del paciente. La espera oportuna es la primera herramienta de la que disponemos, tanto para mostrar que nos alejamos de la acción– reacción (y las actuaciones) como para evitar caer en la trampa de la que otros facultativos han sido víctimas por el modelo relacional del paciente. La espera nos protege de la invasión y del ensordecimiento de la enfermedad invasiva.

El ver al paciente de frente y cara a cara es la segunda propuesta dado que éste se encuentra inscrito en el rubro de aquellos que escapan de la neurosis. Por la labilidad de la economía psicosomática, su regulación y por las angustias primitivas (terrores de muerte) requieren nuestra mirada y sostén. En estos pacientes el continente es en ocasiones mucho más importante que el contenido. El encuadre debe ser riguroso (que nada tiene que ver con rígido) y el compromiso del paciente con la terapia y el tiempo prolongado más que necesarios.

Específicamente en el abordaje psicoterapéutico (y quizá en el médico siempre y cuando no hayan eventualidades urgentes que pongan en riesgo la integridad física) las sesiones no deben ser cambiadas, canceladas ni reemplazadas de forma arbitraria, dado que psicoanalíticamente no existiría una urgencia real en la gran mayoría de los casos. De una cancelación a otra y de una reprogramación a otra, nos sentiremos paulatinamente más irritados y seremos más vulnerables a ser desbordados por los síntomas de la regresión psicosomática así como cada vez estaremos más invadidos por la enfermedad somática y sus riesgos.

Referencias

- Alexander A. (1939). Psychoanalytic study of a case of essential hypertension. *Psychosomatic Medicine* (1), 139-52.
- Betech E. (2020, 5 de mayo). Anatomía y metamorfosis del tiempo y del otro-COVID19. *Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM)*. <https://asociacionpsicoanaliticamexicana.org/anatomia-y-metamorfosis-del-tiempo-y-del-otro-covid19/>.
- Fernández-Abascal E.G (1987) La intervención psicológica en la hipertensión arterial. En J. M. Buceta (Comp.). *Psicología Clínica y Salud. Aplicaciones de estrategias de intervención*. 109-149. UNED.
- Friedman, R., Schwartz, J. E., Schnall, P. L., Landsbergis, P. A., Pieper, C., Gerin, W., & Pickering, T. G. (2001). Psychological variables in hypertension: relationship to casual or ambulatory blood pressure in men. *Psychosomatic medicine*, 63(1), 19–31. <https://doi.org/10.1097/00006842200101000-00003>.
- Friedman M.J. y Ulmer D. (1984). *Treating Type A behaviour and heart*. Alfred A. Knopf.
- Groddeck G. (1977). *The meaning of illness: Selected Psychoanalytic Writings*. (1ª ed.). Intl Universities.
- González Torres M. A., Fernández Rivas A. (2021, enero) Pandemia, tiempo y espacio. *Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid*, (39), 23. <https://www.centropsicoanaliticomadrid.com/wp-content/uploads/2021/02/ART2-CPM-FEBRERO-2021.pdf>.
- Loa Zavala N. (2020, 13 de abril) Las fronteras y su significado ante la pandemia por coronavirus. *Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM)*. <https://asociacionpsicoanaliticamexicana.org/las-fronteras-y-su-significado-ante-la-pandemia-por-coronavirus/>.

- Lombardi R. (2020). Coronavirus, distanciamiento social y el cuerpo en psicoanálisis. *Aperturas Psicoanalíticas* (65). <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001129>.
- Lombardi, R. (2020). Coronavirus, social distancing, and the body in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 68(3), 455–462. <https://doi.org/10.1177/0003065120939941>.
- MacFadden M. A. J y Ribeiro A. V. (1998, enero-marzo) Aspectos psicológicos e hipertensão esencial. *Revista da Associação Médica Brasileira* (44), 4-10. <https://doi.org/10.1590/S010442301998000100002>.
- Magán I. (2010) Factores cognitivos relacionados con la ira y la hostilidad en hipertensión arterial esencial. Memoria para optar al grado de Doctor. *Universidad Complutense de Madrid*.
- Marty, P. (1995). *Psicosomática del Adulto*. (1ª ed.). Amorrortu Editores.
- Molerio O. y García G. (2004) Contribuciones y retos de la psicología de la salud en el abordaje de la hipertensión arterial esencial. *Revista de Psicología Universidad de Chile* (13)2, 101-109.



3

ARTÍCULOS DE REVISIÓN



ARTÍCULOS DE REVISIÓN



ENTRE DOS MUERTES Y UN ECLIPSE

Ana Martínez Vázquez¹

Resumen

La vida aparece entre dos muertes: la que da origen al sujeto y la que ya no hay nada que decir. Con esta provocadora frase Alejandro Cerda Rueda (2020) nos encamina por las ideas del eclipse, un concepto que contribuye a tener un lenguaje común en el psicoanálisis que nos permite encontrar divergencias y convergencias. Al igual que Freud fundó su clínica preñado por las palabras, los sueños y las dolencias de sus pacientes histéricas, aquí el autor utiliza un caso clínico para ilustrar y ver el eclipse. Comienza y con la misma paciente termina, como si a lo largo del texto el lector hubiera coexistido con el autor en el tratamiento. El libro se vive como si fuera una sesión continua de psicoanálisis con una paciente. Una madre que eclipsa a la hija explica aparentemente el hecho de que la paciente de 22 años necesite a su madre como portavoz, como si el compromiso y la voz de la madre eclipsaran la presencia del discurso de la hija. Eclipsar en el sentido del verbo transitivo y del sustantivo eclipse.

Palabras clave: trauma; Winnicott, Foncanot; función materna; vientre psíquico.

Abstract

Life appears between two deaths: the one that gives rise to the subject and the one where there is nothing to say. With this provocative phrase Alejandro Cerda Rueda (2020) guides us through the ideas of the eclipse, a concept that contributes to having a common language in psychoanalysis that allows us to find divergences and convergences. Just as Freud founded the clinic of him pregnant by the words, dreams and ailments of his hysterical patients, here the author uses a clinical case to illustrate and see the eclipse. It begins and ends with the same patient, as if throughout the text the reader had coexisted with the author in the treatment. The book is lived as if it were a continuous session of psychoanalysis with a patient. A mother overshadowing her daughter apparently explains the fact that the 22-year-old patient needs her mother as her spokesperson, as if her mother's commitment and voice overshadowed the presence of her speech. Eclipse in the sense of the transitive verb and the noun eclipse.

Keywords: trauma; Winnicott, Foncanot; maternal function; psychic uterus.

¹ Doctora en química, maestra en psicoterapia psicoanalítica. Es la psicoanalista del paciente. Psicoterapeuta del CentroK.

Cómo citar:

Martínez Vázquez, A. (2021). Entre dos muertes y un eclipse. *VérticeK*, 1(1), 102-106.

La vida aparece entre dos muertes: la que da origen al sujeto y la que ya no hay nada que decir. Con esta provocadora frase Alejandro Cerda Rueda (2020) nos encamina por las ideas del eclipse, un concepto que contribuye a tener un lenguaje común en el psicoanálisis que nos permite encontrar divergencias y convergencias. Al igual que Freud *fundó su clínica preñado por las palabras, los sueños y las dolencias de sus pacientes histéricas*, aquí el autor utiliza un caso clínico para ilustrar y ver el eclipse. Comienza y con la misma paciente termina, como si a lo largo del texto el lector hubiera coexistido con el autor en el tratamiento. El libro se vive como si fuera una sesión continua de psicoanálisis con una paciente. Una madre que eclipsa a la hija explica aparentemente el hecho de que la paciente de 22 años necesite a su madre como portavoz, como si *el compromiso y la voz de la madre eclipsaran la presencia del discurso de la hija*. Eclipsar en el sentido del verbo transitivo y del sustantivo eclipse.

Intercambiando ideas astronómicas y filosóficas, el autor recuerda que en el fenómeno astronómico llamado eclipse, aquél compuesto por dos fuerzas celestiales, dos elementos parecen convertirse en uno. La Luna y el Sol no se fusionan, no están superpuestos materialmente pero tampoco se logran diferenciar entre sí. Eclipsar es oscurecer, deslucir, ausentarse, desaparecer a una persona o cosa, borrarlo de su entidad constitutiva. Un eclipse requiere de la Luna y del Sol. Ambos han de desaparecer momentáneamente para que el eclipse llegue a su máxima grandiosidad. Después surgirá el destello, la luz y el resplandor del renacer. Al igual que con los astros, el eclipse se observa como un concepto en el trabajo metapsicológico y se ven sus efectos en la clínica.

El eclipse puede definirse como la ausencia de relación. No es un abandono, porque *solamente se puede abandonar a alguien que ya existe*. En el eclipse *dos elementos se ocultan y hacen que otro elemento, que debería aparecer, falle en hacerlo*.

Hay una superposición de dos que es necesariamente transitoria, y que resulta en un eclipse entre dos mundos que no por eclipsarse dejan de ser entidades independientes. Dos agentes se convierten en uno solo, y desaparecen sin desaparecer.

Durante un eclipse, dos elementos o varios se ocultan de manera temporal, se iluminan y se borran. La Luna obstruye la luz solar y aparecen las sombras sin que todo se anule en las penumbras de la oscuridad. Queda un resto. El eclipse en el trabajo metapsicológico también deja restos y tiene su propia estructura dinámica y económica. En el fenómeno metapsicológico del eclipse ¿quiénes son las fuerzas estelares?

El bebé nace y llega al mundo al parecer antes de tiempo, para continuar con su maduración fuera del útero. En el humano se extiende el periodo de gestación una vez que el bebé nace, como si fuera necesaria la presencia de los otros y no solamente de la madre para alcanzar el proceso de maduración. Freud en 1926 describe el *peligro* del nacimiento no como un *trauma* que haya que superar, y Winnicott llama al recién nacido un *ser inmaduro*. Durante la gestación extrauterina, una madre da algo más que alimento. En el útero alimenta y protege. Una vez que el bebé nace, la madre tiene que, además, enseñar a pensar, formar al bebé para que alcance la maduración. El bebé es alimentado por otro que desea explícitamente alimentarlo. En el útero no existe ese deseo porque mamá y bebé están fusionados en el vientre y el alimento llega sin necesitarlo y sin desear darlo.

Cuando el bebé nace se conservan propiedades inherentes pero, de acuerdo con las ideas de Gina Fontanot, aún no existen dos. Eran una sola persona, se vuelven dos sujetos, pero en el inicio no se reconocen como dos. La función materna forma un "capullo libidinal", un *vientre psíquico extrauterino que obnubila la figura de dos individuos en una sola entidad, es decir, se produce un eclipse*. El bebe y la madre serán entonces las fuerzas estelares que participan en el fenómeno metapsicológico del eclipse.



¿Por qué eclipse y no simbiosis? En la simbiosis dos se pegan y uno no vive sin el otro. Ambos organismos se asocian y se favorecen mutuamente para su existencia. Mahler explica así el encuentro entre una madre y su bebé, y considera que dos elementos claramente diferenciados forman una unidad dual. A diferencia de la idea de la fusión, en el momento del eclipse no se distingue ni la presencia del bebé ni de la mamá. No quedan separados pero tampoco fusionados. Ambos desaparecen en un encuentro libidinal.

El eclipse psíquico es un término acuñado por Gina Fontanot y es un movimiento libidinal, no es una estructura psíquica. La satisfacción infantil que alguna vez se obtuvo en el eclipse se queda en reserva. El eclipse queda ligado al narcisismo primario, siendo el narcisismo primario un campo fértil que alimenta la figura del eclipse. Existe el deseo de dirigirse a la figura del yo ideal, que se observa como un paso próximo al eclipse, para gozar de las delicias del narcisismo infantil. A lo largo de la vida hay intentos por recuperar el paraíso perdido que deja el eclipse, que ilusiona con la inmortalidad posible y encapsula al individuo dentro de su propio desvanecimiento a favor de recuperar el paraíso perdido.

La complejidad del eclipse nos recuerda a la melancolía. En la melancolía no se reconoce lo que se ha perdido y por lo tanto no es posible hacerlo tuyo en el recuerdo. En el eclipse, la sombra del objeto cae sobre el yo de tal forma que éste desaparece en un océano de auto-reclamos y culpa. Cuando la sombra del otro cae sobre el yo y lo eclipsa, es necesaria la asistencia de ese otro para romper el narcisismo y así llegará una realidad compartida que estará más allá del autoerotismo enajenante.

¿Qué surge después del eclipse, después de ese rompimiento entre placer y realidad, entre ser uno y ser dos? Lo que florece es nuestra posible subjetividad. El yo sobreviene es algo necesario para la composición de un yo más allá del eclipse. La fuerza necesaria para provocar una ruptura constitutiva del yo será el divorcio entre la pulsión sexual y la pulsión de auto conservación.

Lo sexual será entonces la condición para la perturbación del yo que producirá su alejamiento con respecto al eclipse, y por lo tanto su diferenciación. El desarrollo del yo es entonces la acción de desenclipsarse.

Eclipses hay varios. Cuando desaparecen quedan núcleos no tramitados que pueden después volver a aparecer. Un eclipse total puede devenir en melancolía o esquizofrenia.

En un eclipse parcial lo que se juega es la separación del objeto amado. Cuando hay un núcleo eclíptico lo importante es la presencia del objeto del amor. Si se rompe el núcleo eclíptico aparece la herida narcisista, por lo que el individuo se aprehende a él para sobrevivir a costa de su propia desaparición. El desvanecimiento del eclipse psicoanalítico no garantiza el nacimiento de dos en una relación de objeto diferenciado en su totalidad.

Narcisismo primario y eclipse están ligados, por lo que cuando el eclipse se disuelve aparecen los destinos del narcisismo. De acuerdo con André Green hay dos caminos del narcisismo primario: hacia la elección del objeto o hacia el narcisismo primario absoluto. En la salida del eclipse hay dos destinos también: hacia el narcisismo de muerte que es el eclipse mismo, o hacia el narcisismo de vida que es la diferenciación. El movimiento se dirige hacia la construcción del yo diferenciado, esto es hacia desenclipsarse, o hacia la anulación del yo cegado por las sombras del no-yo, quedando sepultado en el eclipse. El objeto transformador, de acuerdo con Christopher Bollas, puede verse como la experiencia que altera el decurso del mundo interno y externo del sujeto. En la figura del analista, ese objeto transformador podrá ayudar a que el eclipse evolucione hacia el resplandor del renacer.

Bibliografía

- Cerda Rueda, A. (2020). En la penumbra del sujeto. Aportaciones para una metapsicología freudiana. Prometeo editorial. Buenos Aires.



