

CÓMO HABLO CON MIS PACIENTES¹ y ²

Thomas H. Ogden*

Artículo gestionado y traducido por Adela Escardó**

Quizás las preguntas clínicas más importantes, y las más difíciles para mí como psicoanalista en práctica, son aquellas que tienen que ver no tanto con lo que digo a mis pacientes, sino con cómo hablo con mis pacientes. En otras palabras, mi foco a través de los años se ha movido de lo que quiero decir a cómo quiero decirlo. Está claro que ambos son inseparables, pero en este artículo coloqué el énfasis en lo segundo. Discutiré problemas y posibilidades generados por el reconocimiento de que nunca podremos conocer la experiencia del paciente; la imposibilidad de generalizar sobre cómo hablamos con los pacientes dado que corresponde al analista reinventar el psicoanálisis con cada paciente; el abordaje del analista al temor del paciente al cambio psíquico; el modo en que el “off-ness” o estar en off del analista, sus malentendidos y declaraciones erróneas pueden fomentar la expresión creativa de parte de ambos, paciente y analista; y los modos en los que describir la experiencia, en lugar de explicarla, promueve mejor un discurso

* Psicoanalista en función didáctica y supervisor en el Instituto Psicoanalítico del Norte de California. Autor de diversos libros y artículos psicoanalíticos, entre otros “El tercero analítico: el trabajo con hechos clínicos intersubjetivos” (1994).

<thomas.ogdenmd@gmail.com>

** Bachiller en Ciencias de la Comunicación por la Universidad de Boston. Psicóloga clínica y Magister en Estudios Teóricos en Psicoanálisis por la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Psicoanalista en función didáctica de la Sociedad Peruana de Psicoanálisis (SPP). Actual Secretaria Científica de la SPP. Ex Secretaria de la Federación Psicoanalítica de América Latina (FEPAL). Ex Directora de la Revista Psicoanálisis de la SPP.

<adelae@gmail.com>

1. Publicación original: Thomas H. Ogden (2018) How I talk with my patients, *The Psychoanalytic Quarterly*, 87:3, 399-413, DOI: 10.1080/00332828.1495513.
2. Permiso para traducirlo y publicarlo en la Revista *Psicoanálisis* N.º 26 SPP: Taylor&Francis Group Ref: P040721-01/UPAQ.

que se dirige al nivel inconsciente de lo que está ocurriendo en el análisis. En el trabajo clínico que presento, describo mis propios pensamientos, hablados y no hablados, en relación a cómo hablo con el paciente.

Paciente y analista en cada momento de su trabajo conjunto se topan con el hecho de que la inmediatez de su experiencia vivida es incomunicable. Nadie ha descrito la brecha entre las mentes de los seres humanos tan bien como William James (1890):

Cada una de estas mentes (en este hall de conferencias) guarda sus propios pensamientos para sí. No hay un dar o intercambiar entre ellas. Ningún pensamiento siquiera llega a la vista directa de un pensamiento en otra consciencia personal que la suya. El aislamiento absoluto, el pluralismo irreductible, es la ley... Las brechas entre tales pensamientos (los pensamientos de dos personas diferentes) son las brechas más absolutas en la naturaleza. (p. 226)

Por tanto, al hablar con los pacientes, mi propia experiencia es incomunicable; la experiencia del paciente, inaccesible: nunca puedo conocer la experiencia del paciente. Las palabras y la expresión facial no alcanzan para comunicar la experiencia vivida del paciente o la mía. No obstante, el paciente y yo podemos ser capaces de comunicar algo como nuestras experiencias vividas al re-presentar la experiencia. Esto puede implicar usar un lenguaje que sea particular a cada uno de nosotros y al evento emocional que está ocurriendo. Por ejemplo, por medio de la metáfora, ironía, hipérbole, ritmo, rima, ingenio, argot, sintaxis, etc., así como de la expresión corporal tal como cambios en el tono al hablar, volumen, tiempo, y calidad del contacto ocular.

Esta separación entre la subjetividad del paciente y la mía no es un impedimento a ser superado; es un espacio en el cual una dialéctica de separatividad e intimidad puede dar lugar a la expresión creativa. Si comunicar la experiencia individual fuera de algún modo posible en el *setting* analítico, al paciente y a mí nos sería arrebatada la necesidad/oportunidad para imaginar creativamente las experiencias del otro. Paradójicamente, las partes que faltan, las partes que quedan fuera de nuestras comunicaciones, abren un espacio en el que podemos, de algún modo, acortar la distancia entre nosotros y los otros. La experiencia del paciente de ser creativo en el acto de comunicar es una parte esencial del proceso de "soñarse a sí mismo más plenamente en la existencia" (Ogden 2004, p. 858), llegando a existir de una manera que es exclusivamente suya.

La imposibilidad de conocer la experiencia de otra persona tiene implicancias importantes para el modo como les hablo a mis pacientes. Por ejemplo, trato de no decirle a un paciente lo que él o ella está pensando y sintiendo por la sencilla razón de que no lo puedo saber; en vez, trato de limitarme a decir solo lo que yo pienso y siento. Es importante agregar que esta no es una regla rígida que me

impongo. Más bien, como casi todo lo relacionado con hablar con pacientes, con cómo hablo con un paciente, en toda ocasión, depende de lo que esté ocurriendo entre este paciente particular y yo en ese momento específico.

Cuando hablo con un paciente sobre lo que intuyo que está pasando emocionalmente en la sesión, podría decir algo como: "Mientras estaba hablando (o durante el silencio), este cuarto se sintió como un lugar muy vacío (o un lugar tranquilo, o un lugar confuso, y así)". Al frasear las cosas de esta manera dejo abierta la pregunta de quién está sintiendo el vacío (u otros sentimientos). ¿Fue el paciente o yo, o algo que los dos hemos creado juntos inconscientemente (el "campo analítico" [Civitarese 2008, 2016; Ferro 2005, 2011] o el "tercero analítico" [Ogden 1994])? Casi siempre, se trata de los tres —el paciente y yo como individuos separados, y nuestras co-creaciones inconscientes.

He descubierto que preguntar al paciente cosas como, "¿Por qué has estado tan silencioso hoy?" o "¿Por qué decidiste saltarte la sesión de ayer?" invitan al paciente a moverse hacia el nivel superficial de su experiencia, a pensar y hablar conmigo en modos de pensar conscientes, lógicos, secuenciales, cronológicos, de causa-efecto (de proceso secundario). Entonces, cuando me encuentro haciendo preguntas al paciente que invitan al pensamiento de proceso secundario de parte del paciente o mío, hago una pausa para preguntarme, qué hay del aspecto inconsciente de lo que está ocurriendo que me está atemorizando.

El sentimiento de certeza del analista suele estar atado a la idea de que existe una "técnica analítica" adecuada derivada de ideas transmitidas de una generación de analistas a la siguiente (que pueden codificarse como "escuelas" particulares de pensamiento analítico). Por contraste, pienso en el "estilo analítico" como una creación personal propia basada sueltamente en principios existentes de práctica analítica, pero, de manera más importante, es un proceso vivo que tiene sus orígenes en la personalidad y experiencia del analista (Ogden, 2007). Es esencial que no incorporemos a nuestra práctica del análisis una visión hoy en desuso, es decir, que el antagonismo del paciente al proceso analítico con frecuencia representa un esfuerzo para matar el análisis o matar al analista. Tal punto de vista anula la capacidad del analista para reflejar las dimensiones de la "oposición" del paciente al trabajo analítico³ en la transferencia-contratransferencia. Schafer (1980, 1983a, 1983b) ha escrito extensamente sobre los peligros de tal práctica y la necesidad de sostener una "actitud afirmativa" (1983a, p. 12), un abordaje que implica una respuesta compasiva, comprensiva de las razones inconscientes del paciente para luchar contra el cambio psíquico. En mi experiencia, la "renuencia"

3. Winnicott (1963) incide en un tipo de miedo al trabajo analítico que surge de la necesidad del paciente de protegerse de "ser descubierto antes de estar allí, (antes de desarrollar una identidad) de ser descubierto". (p. 190).

o “incapacidad” de hacer un trabajo analítico casi siempre refleja el equivalente transferencia-contratransferencial del método que desarrolló en la infancia y la niñez para proteger su cordura y su vida misma, un método que considero con respeto e incluso admiración.

Sin embargo, cuando se trasladan a la edad adulta, las técnicas psíquicas que ayudaron al paciente a conservar su cordura y su vida en la infancia y la niñez, pueden llegar a limitar severamente su capacidad para aprender de la experiencia, para comprometerse en relaciones maduras tanto con objetos internos como externos, para devenir en él mismo del modo más completo posible. La experiencia del paciente de estas limitaciones, y el dolor psíquico asociado, son casi siempre las fuerzas subyacentes que conducen al paciente a buscar ayuda en el análisis.

Si un análisis ha progresado en un grado significativo, tanto el paciente como yo podemos sentir diferencias entre la situación actual y lo que imaginamos que ha sido la experiencia infantil del paciente. En primer lugar, el paciente se sintió solo en su infancia y en la niñez con respecto a los problemas que estaba enfrentando —una sensación aterradora de estar atrapado con personas con quienes la comunicación genuina y el cambio real eran imposibles (paciente y analista experimentan algo parecido a este estado de cosas en la relación transferencia-contratransferencia). Pero el paciente también puede sentir que, de algún modo, ya no está tan solo como antes. En segundo lugar, el paciente ya no es un niño, y está en posesión de capacidades psíquicas para manejar la amenaza a su cordura y a su vida que no tenía a su disposición cuando era niño. Sentir estas diferencias proporciona una importante base de esperanza en los análisis que he conducido.

En mi experiencia, la certeza también puede impactar negativamente sobre el proceso analítico cuando paciente y/o analista hacen a los padres absolutamente responsables de los problemas emocionales actuales del paciente. Si bien puede parecer cierto al paciente y a mí que fue severamente descuidado, despreciado, abusado sexual o violentamente por sus padres, he venido a darme cuenta que no me corresponde introducir al paciente o unirle a él en “culpar a sus padres”. Al participar en esta sobresimplificación, me coludo en arrebatar al paciente la oportunidad para experimentar su vida de un modo más complejo, y quizás más humano, lo que puede incluir una comprensión del sentido de responsabilidad racional e irracional del paciente por los problemas que pasó durante su niñez. El sentido doloroso y culposo de responsabilidad por la destructividad de lo que ocurrió en su niñez puede mantenerse fuera de su vista por la firme creencia de su parte (y de la mía) de que fue una víctima pasiva de descuido o abuso parental.

Un abordaje culpabilizador hacia los padres de parte del analista puede sobresimplificar a tal punto la experiencia del paciente de lo que ocurrió —o bien su incapacidad de experimentar (Winnicott, 1974 [1971])—, que la genuina integración de las experiencias de la niñez en toda su complejidad se hace más

difícil. A propósito, se me viene a la mente una experiencia con un paciente con quien trabajé en análisis hace muchos años. De niño había sido brutalmente maltratado por su padre. De ello yo no tenía la menor duda. Pero fue solo luego de haber hecho mucho trabajo analítico que el paciente fue capaz de contarme un secreto que sintió inimaginablemente vergonzoso: era el "hecho" de que él había provocado repetidas veces a su padre a la cólera hasta el punto de que su padre le pegara. Solo después de que pudo confiarme y a él mismo este recuerdo, que era quizá una fantasía (no hacía diferencia alguna en el análisis), pudo comprender que provocar a su padre, si es que realmente lo hizo, solo pudo haber sido un esfuerzo inconsciente de su parte para crear la ilusión de que tenía algún control sobre la cólera aterradora y la violencia de su padre. Le dije al paciente en respuesta a que me confiara su secreto, "Si tú provocabas a tu padre del modo que lo hacías, sin duda fue lo mejor que pudiste haber hecho en una situación como esa. Creo que te salvó la vida tener una pizca de sentido de control bajo esas circunstancias." Si yo hubiera sido crítico desde el principio del análisis haciéndome partícipe de culpabilizar a los padres, creo que el paciente hubiera tenido mucho mayor dificultad para acceder a su vergonzosa y aún no dicha fantasía/ recuerdo inconsciente (aún no experimentada).

Asimismo, he descubierto que el cambio de explicar a describir facilita el proceso analítico liberando a ambos, al paciente y a mí de la necesidad de comprender. Describir "meramente", contrariamente a "descubrir causas" de lo que está sucediendo, refleja mi sentido de humildad de cara a todo lo que es "humanamente comprensible o humanamente incomprensible" (Jarrell 1955, p. 62) en las vidas de mis pacientes y en la vida del análisis.

Un ejemplo de describir en lugar de explicar tuvo lugar en un encuentro analítico inicial. Temprano en mi desarrollo como analista, si una paciente en un encuentro inicial comenzaba diciéndome que se sentía aterrada por venir a verme, yo le podría haber preguntado, "¿Qué te aterroriza?" o "¿Por qué estás aterrada?". Recientemente, cuando una paciente me empezaba a decir que estaba aterrorizada de venir a verme yo le decía, "Por supuesto que lo estás". Mi respuesta es lo que yo pienso como una descripción-en-acción, esto es, una descripción de mi aceptación de ella exactamente como es, esto es, aterrada de mí, y un modo de acoger sus fantasías en lugar de intentar disiparlas al traer razones conscientes, "lógicas" (del proceso secundario) por medio del reaseguramiento. La paciente visiblemente se sorprendió por lo que le dije, lo que pudo haber tenido algo que ver con su respuesta, la cual me sorprendió: "No estoy segura que esté en la oficina correcta, pero me quedará un rato". Su respuesta sugirió que yo no era lo que ella esperaba, pero que ahora se sentía más curiosa que aterrada, y se iba a "quedar un rato" para descubrir más sobre qué, y con quién, se estaba involucrando.

Un segundo ejemplo de describir en lugar de explicar ocurrió en una sesión luego de años de empezado el análisis del Sr. M. El paciente me dijo que le había empezado a contar a su esposa un sueño que había tenido en el que el hijo de ambos estaba muerto. Antes de entrar en mayor detalle dijo, "Detente, no quiero escuchar más." Entonces le dije al Sr. M, "Bien por ella."

Cuando le dije espontáneamente, "Bien por ella," tenía en mente la idea (o quizás más precisamente, sentí) que así como el paciente es todas las figuras de sus sueños, también es todas las figuras en sus relatos de su vida diaria. Al contarle su sueño a su esposa, vi al paciente no solo como él mismo, sino también como su esposa (que lo interrumpía). Creo que el paciente experimentó que yo le dijera, "Bien por ella", como mi reconocimiento y valoración de su acto de interrumpirse. El paciente hizo una pausa después que hice este comentario, y luego dijo que se sintió aliviado cuando ella lo interrumpió. Me pareció que su respuesta era una reflexión del reconocimiento que había avanzado algo en el curso del análisis al volverse capaz de interrumpirse cuando sentía el impulso de evacuar sus sentimientos insoportables "dentro de" otros.

En ninguno de estos ejemplos le expliqué algo al paciente; en lugar de eso, le ofrecí descripciones sucintas de estados de sentimientos: "Por supuesto, lo estás" (lo que estás sintiendo ahora parece natural) y "Bien por ella" (frenarte de evacuar sentimientos es un logro que debe ser reconocido).

Una mujer aún no una niña

Ms. Y y yo hablamos brevemente por teléfono cuando me llamó para sacar una cita. Cuando abrí la puerta a la sala de espera, me sorprendió ver a una mujer que adiviné estaba en sus tempranos veinte, pero también podría haber sido mucho mayor o mucho menor. Vestía con los pertrechos de la era hippie. Llevaba un vestido hasta el tobillo que parecía como si lo hubiera comprado en una tienda de ropa de segunda mano. El vestido era suficientemente grande como para ocultar casi todas las curvaturas de su cuerpo.

Después de presentarme como el Dr. Ogden, la paciente respondió no con palabras, sino mirando fijamente hacia dentro de mis ojos del modo en que imaginé que lo haría una médium o psíquica en mal estado al encontrar los ojos de un potencial cliente. Ms. Y se levantó lentamente de la silla de la sala de espera manteniendo contacto visual conmigo. Le dije: "Por favor entre," haciendo un gesto hacia la puerta abierta al pasillo, pero por una ligerísima inclinación de su cabeza, ella me indicaba que yo debía mostrarle el camino. Miré hacia atrás al oír a la paciente cerrar la puerta a la sala de espera, pero cuando caminábamos por el pasillo alfombrado, entre la sala de espera y el consultorio, no pude escuchar sus pisadas detrás de mí. Una imagen del viaje de Orfeo y Eurídice de regreso del

submundo pasó por mi mente a la vez que decidí no voltear a ver si me seguía. Al entrar al consultorio, abrí la puerta y di un paso a un lado para permitir a Ms. Y entrar a la habitación delante de mí. Miró hacia atrás para preguntarme sin palabras donde debía sentarse, o quizá recostarse en el diván. Señalando el sillón a través de la habitación, le dije: "Por favor tome asiento."

Me sentí como si fuera un actor en una película en la que se me pedía improvisar una escena de un doctor y una paciente sentados para empezar la primera sesión analítica. Había una cualidad de otro mundo que esta paciente parecía esforzarse mucho en sostener, pero yo me quedé con un sentimiento de profunda tristeza por esta actriz que parecía condenada a desempeñar un papel interminable en el mismo drama e intentar reclutar gente para desempeñar los demás personajes de la obra. (Yo solo dije dos o tres frases breves y la paciente no dijo nada en palabras durante la compleja escena que se estaba desarrollando).

Me senté en mi sillón que está ubicado detrás del diván y directamente frente al sillón del paciente. Después de instalarme, miré a Ms. Y invitándola a empezar. Entonces siguió un silencio lo suficientemente largo para que yo pudiera estudiar su rostro. No llevaba maquillaje y aunque no había rastro de suciedad en su cara, imaginé que no se había bañado por algún tiempo, como si fuera una gitana. Aunque ella tenía rasgos faciales que yo hallé atractivos, me parecía absolutamente desprovista de sexualidad masculina o femenina. En ese sentido, estaba sin vida y, consecuentemente, un tanto enigmática.

Se tornó aparente, luego de que el silencio continuó por un tiempo, que Ms. Y no estaba organizando sus pensamientos; estaba esperando que yo empezara. No dejé que el silencio se convirtiera en una lucha de poder o en un hoyo psíquico en el cual la paciente pudiera caerse. (Muy raramente dejo que un silencio al empezar una primera sesión analítica sobrepase el medio minuto). Dije entonces, "Siento como si nuestro encuentro hubiera empezado hace algún tiempo."

"Por favor dígame qué quiere decir", Ms. Y dijo de un modo que parecía dar vuelta a la situación, haciendo de mí el paciente y de ella, la analista.

Dije, algo incómodo, "Siento como si hubiera conocido varias versiones de usted: mientras hablábamos por teléfono, cuando nos conocimos en la sala de espera, y mientras hemos estado sentados aquí en este cuarto".

Ella preguntó, "¿Qué hay de sorprendente en eso?" Pero antes de que yo tuviera oportunidad de responder, agregó, "Supongo que soy extraña".

La miré extrañado.

"Supongo que trato de ser no convencional. No es el primero en encontrarme rara".

“Rara no es una palabra que use frecuentemente. No encuentro que ser crítico ayude mucho”.

Ella dijo, “Eso suena muy bien, pero...he perdido el rastro de lo que estábamos conversando”. Su comentario sarcástico sobre la naturaleza estereotipada de mi respuesta—“Eso suena muy bien”—me aguijoneó por su precisión.

“Estábamos hablando sobre cómo a veces pierde el rastro de sí misma”.

Dijo con lágrimas empozándose en sus ojos, “Supongo. Realmente no sé. No llego a entender qué se supone que estoy haciendo aquí.”

“No hay algo que se deba hacer”. Mientras me escuchaba decir esto, sentí como si no estuviera siendo un verdadero analista y estuviera una vez más desempeñando el rol de un analista. No me sentía yo mismo, lo que era un sentimiento muy perturbador. Me sentí genuinamente confundido sobre lo que estaba haciendo en este cuarto con esta paciente. Una vez que empecé a recuperar mi rumbo, se me ocurrió que Ms. Y no solo no sabía por qué estaba sentada en este cuarto conmigo, tampoco sabía quién era la mujer que desempeñaba el rol, o si es que esa mujer era aún una niña vestida con un disfraz que más pertenecía a la generación de su madre que a la suya.

Ms. Y dijo, “No soy buena en la escuela. Nunca lo he sido. Digo que estoy aburrida, pero no llego a entender lo que están haciendo ahí. Ahora estoy leyendo un libro de fantasía. A usted no le gustaría. Mis padres lo detestan. Ellos tratan de que yo lea sus libros, pero me aburren a morir. Alta literatura”.

Digo, “¿Y usted es baja literatura?”

“Supongo. Olvídelo. No vale la pena hablar sobre eso”.

“¿No lo es?”

“No, no lo soy”.

En toda esta parte del encuentro me daba cuenta de que no estaba haciendo preguntas sobre quién era Ms. Y. Estaba describiendo lo que ella decía desde una perspectiva que era sorprendente para ella y empezaba a capturar su imaginación, por ejemplo, al replantear su declaración, “He perdido la pista de lo que estábamos hablando”, a “Estamos hablando sobre como a veces se pierde a sí misma”.

Me gustaba Ms. Y. Llegado a este punto en la sesión sentía que ella tenía algunos de los adornos de una mujer, pero psíquicamente era una niña que jugaba a disfrazarse. Su edad cronológica era intrascendente. Me parecía que no era enteramente “nadie”, “un alma perdida”; sentía que había un poquito de alguien ahí oculto en el disfraz, y un poquito de alguien que no había devenido ella misma de algún modo sustancial. Yo no podía conocer su experiencia, pero podía tener

alguna sensación de mi experiencia de estar con ella. Parte de lo que tenía que trabajar conscientemente con ella era un conjunto de sentimientos de tristeza, así como una incomodidad con la sensación de que yo estuviera desempeñando un rol en su teatro encarcelador, un teatro en el que sobrevivía en lugar de vivir. Al filo de darme cuenta de manera consciente estaba mi curiosidad sobre el sentimiento de que yo era Orfeo conduciendo a Eurídice, tratando de no mirar atrás.

La paciente me sacó de un estado de medio sueño diurno cuando dijo “No sé por qué estoy aquí.”

Dije, “¿Cómo pudo?”. No respondí con frases tales como “Algo debe haberle causado que se tome la molestia de venir a verme” o hasta “Creo que está aquí porque siente que necesita ayuda con algo”. No quería empujarla a que saliera con razones o explicaciones conscientes de su conducta, que solo la hubieran distraído de la dimensión inconsciente de lo que estaba pasando.

Hubo un largo silencio. Desvié mi mirada, pues pensé que eso le permitiría a Ms. Y la oportunidad ya fuera para estudiar mi cara o para desviar su mirada, si así lo decidía. Podía ver en la periferia de mi visión que me estaba mirando de un modo que denotaba una sensación de que no sabía qué hacer de mí. Me parecía como un animal salvaje, un carroñero sin hogar. El pensamiento atravesó mi mente, “Si es una vagabunda, ¿qué voy a hacer con ella?”

“¿Me tiene miedo?” preguntó.

Dije, “No, no tengo.”

“Qué dulce”, respondió.

Sentí como si me hubieran abofeteado —me estaba mostrando la violencia emocional de la que era capaz Ms. Y. En la escena que se estaba desarrollando, yo estaba en el rol del niño cuyo afecto y deseo de ser querido se veían con burla. También sentí que había algo de justificación para su comentario burlón, “Qué dulce,” en que no era totalmente verdad que no estuviera asustado de ella.

Dije, “Puede ser dura cuando necesita serlo”.

“Siempre necesito serlo. Le he dicho que soy rara”.

Dije, “También soy raro”.

“¿Qué quiere decir?” dijo ella, sonando más interesada de lo que se había permitido hasta ese momento.

“Solo mire este lugar. Está en el sótano de una casa. Paso la mayor parte de mis horas de estar despierto aquí. Hay que ser raro para hacer eso”.

“Supongo. Su escritorio es bastante limpio, pero cuando llegué me di cuenta de que hay tiras de papel en el piso que parecen de esos cuadernos con espiral

que usan los chicos de colegio. Para decirle la verdad, pensé que eso era raro, pero me gustó. Y es viejo. Eso es siempre un poquito aterrador para mí. Disculpe si lo he insultado”.

“¿Por qué no habría de echarme una mirada, así como a las cosas en mi oficina que podrían decirle algo de mí ya que se está dando una oportunidad?”

Ella dijo, “Me ha estado mirando, tratando de descifrarme”.

“Más bien diría que estoy intentando conocerla”.

Ella dijo, “Ya me conoce, ¿no es cierto?”

“Así que soy un lector de mentes”, le dije.

“He conocido a lectores de mentes. Realmente”.

Dije, “No lo dudo. Sé que no está aquí para que le lea la mente, pero puede que esté aquí para aprender cómo leer su mente”.

“Esa es buena. ¿Eso le enseñan en la escuela de loqueros?”

No le respondí porque no quería vincularme de ese modo con ella, pues sentí que solo nos distraería de tener una mejor forma de relación. También, acepté con ella que mi comentario sonó enlatado. Me pregunté por qué estaba hablando de ese modo tan artificial con ella, un modo que no sonaba como yo.

Luego de una pausa de medio minuto, dijo, “Perdón. Estoy en ello nuevamente, ¿no es cierto?”

“Podría ser”.

“Mi mamá puede leer mentes”.

“De verdad”.

“No exactamente. Ella está en mi cabeza todo el tiempo diciéndome lo que está mal de lo que hago. No exactamente diciéndome. Gritando. No la puedo sacar de mi cabeza”.

Ahora me sentí más capaz de poner en palabras para mí mismo mi sensación de que Ms. Y me estaba mostrando en su modo de vestir que ella y su madre eran una misma persona, de la misma edad, el mismo estilo de vestir, la misma forma de examinar, el mismo modo de pensar, la misma manera de hablar, el mismo modo salvaje. Pero, al mismo tiempo, su madre era otro para ella. La paciente estaba muy confundida sobre esto, como lo estaba yo. Ella sentía que su madre estaba en su cabeza, pero su cabeza no era suya en este momento, lo que la llevaba a sentirse asustada de perderse por completo en la madre-en-su-cabeza. Estos pensamientos sobre lo que podría estar pasando no eran en modo alguno

conclusiones, descripciones (primeramente de vergüenza y pérdida de mi usual sentido de conexión conmigo mismo). No le hice preguntas sobre la voz en su cabeza, porque nuevamente estaba preocupado que preguntas de ese tipo favorecerían respuestas de nivel consciente (proceso secundario), que nos llevarían hacia la superficie, lejos de los aspectos más primitivos, indiferenciados de la experiencia que estaba ocurriendo en ese momento.

Dije, "Suenan como una pesadilla de la que no se puede despertar".

"Me está diciendo que no puedo confiar en usted".

"No me sorprende".

"¿No le teme?"

"No, no le temo". No le pregunté, "¿Por qué debería estarlo?" porque, una vez más, yo no estaba buscando explicaciones, estaba buscando descripción. Llegado este punto de la sesión algo había cambiado: estaba siendo veraz cuando dije que no temía ni a la paciente ni a la madre-en-su-cabeza.

"Debiera estarlo".

"Realmente".

"Estoy bromeando con usted".

No solo estaba bromeando, sino que estaba coqueteando conmigo de un modo encantador, de un modo que reflejaba unas de las maneras en las que tenía una sensación de *self* donde ella no parecía sentir que fuera enteramente posesión de su mamá. Su flirteo no se sintió ni perverso ni teatral; sino más bien lo sentí como una expresión genuina de su modo femenino de gustar de mí. Había ahora un brillo en sus ojos que estaba en marcado contraste con la mirada pseudo hipnótica con la que me dio el encuentro en la sala de espera.

Mientras se acercaba el final de la sesión, pregunté a Ms. Y si le gustaría que nos encontráramos de nuevo.

Ella replicó, "¿Será el mismo entonces que quién ha sido hoy?"

Le dije, "Sí y no. Espero que me reconocerá como la misma persona que conoció hoy, pero también espero que suceda algo diferente en nuestra reunión, que quiere decir que tendrá que conocerme nuevamente la próxima vez, y yo tendré que conocerla de nuevo también." Sentí que estaba siendo verborreico y de nuevo cayendo en un discurso predecible.

"Entonces tendré que llamarlo para decírselo".

Ms. Y llamó una semana más tarde diciendo: "Me gustaría reunirme una vez más si está bien con usted".

Yo dije que me parecía bien.

Continuamos reuniéndonos sobre la base de “una sola vez” por unos dos meses antes de que Ms. Y me pidiera reunirnos regularmente. Lentamente aumentamos la frecuencia de nuestros encuentros a cuatro veces por semana, conforme la paciente llegó a sentirme menos y menos como alguien que deseaba tomar el control de su mente o unirse con ella en performances teatrales. Sin embargo, tales sospechas no estaban del todo ausentes en la transferencia, ni tampoco estaban ausentes de la contratransferencia sentimientos de que yo era solo una “imitación de analista”.

En este relato de una sesión analítica, describo lo que observé como opuesto a reunir indicios con los cuales descifrar, entender, o llegar a una interpretación. Mis preguntas a mí mismo no estaban dirigidas a descubrir “¿Por qué?” o “¿Cómo así?” o “¿Cuál es la causa de las alucinaciones auditivas de la paciente?” En lugar de eso me interesaba cómo se siente estar habitada del modo que lo estaba esta paciente y en el modo extraño y perturbador en el que yo estaba hablando con esta paciente. Mis observaciones, impresiones y reveries no estaban buscando explicaciones por lo que estaba ocurriendo; sino que eran elementos que yo podía usar en mis esfuerzos para describir a la paciente y a mí mismo, quién era la paciente y quién era yo (en el siempre cambiante momento presente de la sesión).

El lector habrá advertido que no le pedí a la paciente que me ayudara a comprender su experiencia. Por ejemplo, no le pedí que “rellenara” las referencias que hacía a experiencias particulares, tales como el sonido de la madre-en-su-cabeza gritándole comentarios críticos. Y no intenté explicarme a la paciente, y en su lugar le hablé de un modo que esperaba suscitara en ella un nivel de ansiedad aceptable mezclado con curiosidad (por ejemplo, cuando dije, “Yo también soy raro”). También debo decir que mis fracasos para hablar naturalmente con la paciente no eran simplemente “errores”; eran expresiones productivas de mi propia pérdida de conexión conmigo mismo que espejaban, mas no replicaban, la experiencia de la paciente de perder el rastro de quién era ella.

La mayor parte del tiempo no traté de ayudar a Ms. Y a “comprender” lo que yo decía. Mis comentarios eran con frecuencia del tipo: “Realmente” o “No estoy sorprendido” o “No, no lo estoy (asustado).” En ocasiones traté de describir (ofrecer metáforas para) lo que imaginaba que la paciente estaba experimentando, por ejemplo, cuando dije, “Suenan como una pesadilla de la que no se puede despertar.” Era especialmente importante incluir “suenan como” al hablar con esta paciente cuya mente estaba ya ocupada por (lo que ella sentía ser) dos personas.

Estos aspectos del modo en el que hablé con esta paciente reflejan un sentimiento fuerte de mi parte que todos hablamos con un deseo simultáneo de ser comprendidos y de ser malentendidos, y que escuchamos a otros tanto con el deseo de comprender como de malentender. Lo último —el deseo de entender

mal y de ser malinterpretado— solo en parte refleja un deseo de no ser conocido, un deseo de mantener un aspecto de *self* que se encuentra en un aislamiento necesario (como es descrito por Winnicott 1963). En mi experiencia, el deseo de la paciente a ser malentendida con frecuencia apunta más al modo de entrar en ella misma, de la misma manera en que lo hace el deseo de ser comprendida. El deseo de ser comprendida conlleva inherentemente un deseo de cierre, un deseo de ser reconocido por quien uno es en el presente. Por contraste, encuentro que el deseo de la paciente de ser malentendida compromete un deseo de soñarse (opuesto a ser vista por el analista). Respetar la necesidad de la paciente de un auto descubrimiento coloca una demanda sobre mí de no “saber demasiado” (Winnicott 1963, p.189). Los malentendidos ponían a la paciente y a mí en posición de hacer uso de la cualidad de estar con mi entendimiento “apagado” (*off-ness*) en un esfuerzo de crear representaciones de su experiencia que ni ella ni yo podríamos haber anticipado —“no es eso, es más esto” — un esto que no podría haber sido concebido (lo soñado) sin la particular “off-ness” o “calidad de apagado” del entendimiento. Aquí recuerdo una descripción de James Grotstein (en una conversación que tuvimos hace más de veinticinco años) de un momento en su análisis con Bion. En respuesta a una de las interpretaciones de Bion, Grotstein dijo, “Entiendo.” Bion respondió impacientemente, “Por favor trate de no entender” (Grotstein, comunicación personal 1990). Comprender, desde esta perspectiva, es más bien una actividad mental pasiva comparada con el acto de malentender y hacer algo con el “off-ness” o “estar en *off* o apagado” de entender. El trabajo de comprender porta el peligro de “matar” una experiencia que estuvo una vez viva en una sesión analítica. Una vez que una experiencia ha sido “descifrada,” está muerta. Una vez que una persona es “comprendida,” ya no es interesante, ya no es más una persona viva, misteriosa y que se despliega.

Estoy agradecido a los miembros del “Seminario de los Jueves” por ayudarme a desarrollar algo del pensamiento clínico que he presentado en este artículo.

Referencias bibliográficas

- Civitarese, G. (2008). *The intimate room: Theory and Technique of the Analytic Field*. London: Routledge.
- _____. (2016). *Truth and the Unconscious in Psychoanalysis*. London: Routledge.
- Ferro, A. (2005). *Seeds of Illness, Seeds of Recovery: The Genesis of Suffering and the Role of Psychoanalysis*. London: Routledge.
- _____. (2011). *Avoiding Emotions, Living Emotions*. London: Routledge.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. (Vol. 1, pp. 224-290). New York: Dover Publications.
- Jarrell, R. (1955). To the Laodiceans. In *Poetry and the Age*. (pp. 34-62) New York: Vintage.
- Ogden, T. (1994). The Analytic Third-Working with Intersubjective Clinical Facts. *Int. J. Psychoanal.* 75, 3-19.

- _____. (2004). This art of psychoanalysis: dreaming undreamt dreams and interrupted cries. *Int. J. Psychoanal.* 85, 857-877.
- _____. (2007). Elements of analytic style: Bion's clinical seminars. *Int. J. Psychoanal.* 88, 1185-1200.
- Schafer, R. (1980). Narration in the psychoanalytic dialogue. *Critical Inquiry* 7, 29-53.
- _____. (1983a). *The Analytic Attitude*. New York: Basic Books.
- _____. (1983b). Resisting and empathizing (pp. 66-81) In *The Analytic Attitude*. New York: Basic Books.
- Winnicott, D. (1963). Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites. In *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York: International University Press.
- _____. (1971) Fear of breakdown. In Clare Winnicott, Ray Shepherd, Madeleine Davis (Eds.), *Psychoanalytic Explorations* (pp. 87-95). Cambridge, MA: Harvard University Press, 1989.

Resumen

En este trabajo el autor intenta describir e ilustrar cómo habla con sus pacientes. Evita el uso de un lenguaje que invite al paciente a entrar en un pensamiento consciente, de proceso secundario, cuando lo que se requiere son dimensiones inconscientes del pensar. Valora los malentendidos porque tienden a invitar a la conjetura, a la posibilidad, a un sentido de humildad, de cara a la condición humana desconocida e incognoscible. El autor encuentra que la certeza de parte del analista socava el proceso analítico y el potencial del paciente para el crecimiento psíquico. Discute los modos en los que describir, como opuesto a explicar, en la conversación analítica, facilitan el proceso analítico. Ofrece un ejemplo clínico donde el autor discute sus propios procesos de pensamiento mientras habla con uno de sus pacientes.

Palabras claves: interpretar, describir, explicar, cuestionar, malentendidos

Abstract

In this paper the author attempts to describe and illustrate how he talks with his patients. He avoids use of language that invites the patient to engage predominantly in conscious, secondary process thinking, when unconscious dimensions of thinking are what are called for. He values misunderstandings because they tend to invite conjecture, possibility, a sense of humility, in the face of the unknown and unknowable human condition. The author finds that certainty on the part of the analyst undermines the analytic process and patient's potential for psychic growth. The author discusses the ways describing, as opposed to explaining, in the analytic conversation, better facilitates the analytic process. A clinical example is provided in which the author discusses his own thought processes as he talks with one of his patients.

Keywords: interpreting, describing, explaining, questioning, misunderstanding