

La mente del terapeuta: estados de desvalimiento transitorio en sesión

Por Jorge Goldberg¹

Resumen

De una reciente tesis de doctorado basada en el estudio de alianza terapéutica y cambio clínico en pacientes púberes, en esta oportunidad comunicamos algunas conclusiones respecto a los elementos que pueden contribuir al recupero de la orientación clínica del terapeuta. Son los siguientes: el aporte constructivo del propio paciente, la capacidad de rectificación del terapeuta, cierto tipo de intervenciones clínicas que se caracterizan por resultar pertinentes para el paciente en un momento dado, diversas entre sí y coherentes respecto de la significación que transmiten

Palabras clave

Terapia con púberes, alianza terapéutica, cambio clínico, desvalimiento.

Abstract

From a recent doctoral thesis based on the study of therapeutic alliance and clinical change in pubertal patients, in this opportunity we communicate some conclusions regarding the elements that can contribute to the recovery of the therapist's clinical orientation. They are the following: the constructive contribution of the patient, the therapist's rectification capacity, certain types of clinical interventions that are characterized by being relevant for the patient at a given moment, diverse among themselves and coherent with respect to the significance they convey

Key words

Therapy with young adolescents, therapeutic alliance, clinical change, helplessness

¹ Dr en Psicología. Magister en Problemas y patologías del desvalimiento. Docente de Posgrado UCES. Psicólogo de planta del Hospital Muñiz. Psicoanalista. Mail de contacto: jorgegoldberg@fibertel.com.ar

En mi tesis de Doctorado me dediqué a estudiar con un método sistemático, el algoritmo David Liberman (Maldavsky, 2007) la alianza terapéutica y el cambio clínico en el diálogo concreto entre un terapeuta y paciente púber. Como resultado de la investigación surgen algunas conclusiones respecto de la crisis en la alianza terapéutica y la pérdida del rumbo clínico de parte del terapeuta en la sesión. Podemos decir que crisis en la alianza terapéutica y la pérdida del rumbo clínico son uno, otro o ambos al mismo tiempo, indicadores del estado de desvalimiento del terapeuta en sesión. A este desvalimiento del analista pueden contribuir- según estudiamos - diversos elementos (contratransferencia, carencia de enfoques alternativos, incoherencia entre el decir y el hacer etc.). Cabe aclarar que nuestra tesis nos permitió explorar la pérdida de orientación clínica transitoria (ya que en el curso de la misma sesión estudiada se infiere que el analista recupera la sintonía clínica con el paciente).

Nos proponemos:

- 1) Presentar los argumentos que brindan algunos autores de diversas orientaciones teóricas, respecto al desvalimiento del terapeuta y las condiciones de su rescate
- 2) Contrastar los aportes de los referidos autores con los que surgen de nuestro estudio empírico
- 3) Exponer el manejo de las hipótesis clínicas con las que un terapeuta trabaja, tanto en función de intentar corroborarlas como así también del cuidado de la alianza terapéutica.

El terapeuta: desvalimiento y recupero de la brújula clínica según diversos autores.

Vamos a describir someramente los aportes de tres autores que describen en qué consiste el recupero de la orientación clínica por parte del analista.

Liberman (1970) nos dice que ello ocurre cuando el terapeuta descubre un patrón en una serie de hechos hasta el momento incomprensibles. Lo que sigue es comunicar el hallazgo al paciente, lo que efectúa mediante la formulación de una interpretación. A su vez el paciente se apoya en ésta para desarrollar la vivencia de

descubrimiento respecto a que ciertas decisiones psíquicas o hechos significativos de su vida se organizan siguiendo un determinado patrón.

Juan Nasio (1991), psicoanalista de la escuela francesa sostiene que los síntomas en la niñez se constituyen por efecto de emociones que no logran encontrar su nombre. Afirma que el analista parte con un estado de desorientación respecto de la significación del síntoma infantil. Sostiene que el rescatarse y acceder a una cognición requiere de parte del analista, atravesar las siguientes experiencias a) observación de las manifestaciones b) hacer silencio de sí. Surgimiento de una imagen del cuerpo infantil: el niño inconsciente y sus personajes fantasmáticos c) identificación en silencio al niño inconsciente (con su fuente pulsional, el objeto a) d) surgimiento de la interpretación.

Winnicott (1954) afirma que en los pacientes que atraviesan una fase regresiva en su análisis suele destellar el acting out. Si el analista es capaz de tolerar el desconcierto inicial puede acceder a revelaciones sorprendentes acerca de las fallas ambientales tempranas del paciente, las cuales suelen quedar condensadas en el acting out. La tarea del analista respecto de estas escenas vinculares – especifica Winnicott- requiere de un último paso: el volcar sus intelecciones en una comunicación al paciente mediante una interpretación

Estas tres formulaciones tienen un fundamento común: en las escenas cruciales del análisis, es el analista quien inicia el movimiento hacia hallar o recuperar la brújula clínica. Esto ocurre cuando logra transformar su estado de incompreensión respecto a lo que el paciente está poniendo en juego, en nueva conjetura sobre determinado aspecto del mundo anímico del analizante. El paso que sigue es transformar la conjetura en una interpretación verbal, vehículo de transmisión excluyente de las cogniciones del terapeuta. El concepto de interpretación, para estos autores, implica un proceso inferencial del analista (sea de ciertos nexos causales, inadvertidos por el analizante, sea el de un nombre faltante en la subjetividad del paciente). La colaboración del paciente con su propio proceso clínico es prevalentemente recibir benévolamente la interpretación y procesarla.

Resumen de nuestro estudio empírico

A) Presentación de Teodoro:

Los padres de Teodoro consultan a los 12 años de éste. El motivo de consulta subyacente era que ayudásemos a consolidar la “independencia de Teodoro”, ya que sus padres - con hijos ya mayores - estaban abocados a la actividad profesional. A poco tiempo de trabajar con Teodoro detectamos que promueve hechos cuyo fin era que el interlocutor concluyera que - efectivamente- estaba en presencia de un chico “muy independiente”. En algunas cosas, efectivamente, era autónomo (por ejemplo, en el estudio). En otras situaciones quedaba desamparado, como por ejemplo respecto de ciertos síntomas como sus estados de mareo nocturno, de los que nunca le había contado nada a nadie. Asimismo se hizo evidente su dificultad para desplegar juegos competitivos (tendencia a interrumpir las partidas cuando se encontraba en situación adversa).

B) Resumen del análisis de la sesión:

Teodoro pide jugar a las Damas. No sabe las reglas del juego. No lo dice. Se propone aprender del terapeuta sin que éste se percate. Juega en espejo. Esta posición defensiva tiene éxito durante un rato (el paciente mueve las fichas en espejo, el terapeuta aún cree que el chico juega de modo autónomo). De pronto el propio paciente sabotea su posición. Emite un sonido lánguido (disfórico), a lo que sigue la movida errónea de una ficha. Estas manifestaciones le permiten al analista captar la fachada de saber que produjo Teodoro y rectificar su propuesta clínica. El terapeuta entonces, lee en voz alta en reglamento y ofrece la opción de jugar acorde a reglas. Teodoro la acepta. Las intervenciones del analista son de dos tipos: frases (leer el reglamento) y actos motrices (mover las fichas acorde a las reglas de juego). El partido continúa. Cada uno mueve las fichas a su turno. Teodoro atraviesa una vivencia hasta ahora eludida: la de ser un jugador novel aprendiendo de otro más experto. Desde el momento que auto limita la vigencia de la defensa exitosa hasta el aprender jugando, mejora la confianza mutua y se produce cambio clínico benigno, el cual consiste en incursionar en la experiencia de aprender paso a paso con alguien más experto mientras atraviesa la frustrante vivencia (hasta el momento siempre interrumpida) de perder un partido.

Conclusiones del estudio empírico: elementos que contribuyen al rescate del analista

I) Contribución activa del paciente en el rescate de la orientación clínica del terapeuta.

El terapeuta atraviesa un momento inicial de desvalimiento cuando aún sin descifrar la posición del paciente, cree que Teodoro lo ubica en el rol de adversario en el juego de Damas. De hecho el analista realiza sus primeras intervenciones, todas ellas motrices (movidas de ficha acordes a las reglas de juego), en la convicción de que está atravesando una escena de juego competitivo.

El analista se reorienta solo a partir de una iniciativa espontánea de Teodoro, el referido sonido lánquido. Luego de que el terapeuta asume ese sonido como mensaje, logra reorientar su propuesta clínica: ofrece la opción de aprender a jugar realmente a las Damas. El paciente la aprovecha, comienza a experimentar vivencias hasta entonces repudiadas: las inherentes a un jugador novel, la de jugar un partido que se presenta desfavorable hasta su finalización.

II) Inferencia de los procesos psíquicos del terapeuta

Describamos ahora algunos procesos psíquicos que contribuyen en a) el recupero de la sintonía clínica y b) en la capacidad de influir constructivamente en el paciente.

a) Capacidad de rectificación: Se pone en marcha cuando el terapeuta toma el sonido lánquido como un mensaje acerca de lo erróneo de su enfoque, lo que da lugar a la siguiente intelección del analista: “este chico no sabe jugar a las damas”. Este discernimiento, es el punto de partida para el cambio de enfoque respecto del material clínico.

b) Influye constructivamente en el paciente mediante un tándem de intervenciones diversas entre sí, coherentes y contiguas temporalmente: las acciones del terapeuta inmediatamente anteriores al cambio clínico del paciente, tienen las siguientes características: son de distinto tipo (algunas son motrices y otras son frases) aunque presentan un alto grado de coherencia interna entre sí - ya que tienen una referencia común en el reglamento- (mueve

las fichas del juego acorde al reglamento del juego, lee en voz alta las reglas). Constituyen un tándem de varias intervenciones sucesivas, contiguas temporalmente (por ejemplo: el T. lee el reglamento, y enseguida, mueve una ficha en el tablero respetando las reglas del juego). Cabe considerar que las intervenciones terapéuticas que contribuyen al cambio clínico, no solo se caracterizan por su pertinencia, como plantean los autores antes citados, también resulta importante que cobren una determinada intensidad (varias intervenciones pertinentes, contiguas temporalmente) y un alto nivel de coherencia interna (en este caso se refieren a un mismo tema: respeto de las reglas). Cabe considerar que estas intervenciones promueven un cambio clínico (el paciente experimenta vivencias hasta entonces repudiadas), aunque ninguna de las frases que el terapeuta profiere constituye formalmente una interpretación.

Contraste entre nuestro estudio empírico y las propuestas de otros autores

En síntesis, nuestra indagación nos conduce a considerar dos diferencias:

1) La iniciativa constructiva para hacer emerger el vínculo terapéutico de un momento de inercia, no es exclusiva potestad del terapeuta. De hecho en la sesión que analizamos, es Teodoro con su sonido lánguido quien hace de punto de partida.

2) Entre las intervenciones terapéuticas que contribuyen a la mejoría del vínculo y el cambio clínico cabe considerar no solo las frases que construyen interpretaciones, como plantean los autores que citamos, sino también la coherencia interna de las intervenciones verbales y motrices. Cabe destacar que entre las intervenciones del terapeuta que contribuyen al cambio clínico (recordémoslas: lee el reglamento, ofrece opciones de juego, mueve las fichas en su turno), ninguna de ellas tiene el formato clásico de una interpretación.

Reflexiones finales: la función de la interpretación en amago

Para finalizar, vamos a poner el foco en una hipótesis del terapeuta, surgida en la sesión, lógicamente previa a sus ulteriores intervenciones pertinentes. Es la siguiente: “este pibe juega en espejo, no sabe jugar y me lo oculta de ese modo.” Esta hipótesis, interpretación en amago, nunca comunicada como tal al paciente, se mantiene

subyacente al diálogo clínico. Las intervenciones que el analista sí formuló - que no son propiamente interpretaciones- se derivan de esa hipótesis. Esta puntualización acerca de la función de las hipótesis subyacentes o las interpretaciones en amago en el trabajo del terapeuta en sesión tiene el siguiente valor: en la bibliografía existe *un debate entre los psicoanalistas que trabajan con niños, entre aquellos que realizan interpretaciones verbales “fuera del juego” (Klein, 1923) y aquellos que intervienen desde la espontaneidad del juego del paciente, asumiendo los roles que le asigna éste (Valeros, 1997).* La consideración de la función que cumplen *las hipótesis subyacentes o interpretaciones en amago* puede relanzar el debate, haciendo notoria *una situación intermedia en que el terapeuta interviene desde el juego (p. ej.: jugando a las damas), pero no meramente adoptando los roles atribuidos por el paciente, sino haciendo lugar al surgimiento de sus propias hipótesis las que, aunque no se formulen como interpretaciones al paciente, orientan su hacer y decir en sesión.*

En síntesis: este trabajo apunta a caracterizar el estado de desvalimiento del terapeuta en sesión y su rescate, este último producto del trabajo del vínculo entre terapeuta y paciente. En nuestro interés de focalizar en los procesos psíquicos del analista, destacamos el lugar que ocupa lo que denominamos interpretación en amago, la coherencia que reúne su decir y su hacer en un momento dado de la sesión concreta.

Referencias bibliográficas:

Klein, M. (1923). “Análisis infantil”, en *Contribuciones al psicoanálisis*, Buenos Aires: Hormé, 1971.

Lieberman, D (1970). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, Buenos Aires: Nueva Visión, Tomo 1.

Maldavsky, D. (2007). *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica*, Buenos Aires: Lugar.

Nasio, D. (1991). *Revista Secuencias* (Cooperadora de la Facultad de psicología- Universidad Nacional de Rosario).

Valeros, J. (1997). *El jugar del analista*, México: Fondo de cultura económica.

Winnicott, D. (1954). “Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico”, en *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona: Laia, 1979.

Winnicott, D. (1969). “Aspectos clínicos y metapsicológicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico”. *Rev. Psicoanálisis*, 3, tomo XXVI.