

UNA INVITACIÓN A UNA CONVERSACIÓN COMO NINGUNA OTRA: AYUDANDO A LOS PACIENTES A INICIAR PSICOANÁLISIS¹

Fred Busch*

Un libro reciente del ensayista Stephen Miller se titula *La Conversación: Historia de un Arte en Declive* (2006). Lo mismo se podría decir de la conversación analítica. Sin embargo, como todos sabemos desde la experiencia personal, la buena conversación es escasa, pero estimulante cuando ocurre. Desde el siglo XVIII filósofos y académicos han hablado sobre la importancia de una buena conversación, y sobre las dificultades para que ésta llegue a darse. Para mí, y dicho de manera sencilla, una buena conversación genera más conversación. Se trata de estimular al otro a continuar pensando a través de escucharlo con esmero, reflexionando y tomando en cuenta nuestro mundo interior. Esto se asemeja a lo que esperamos ocurra en una conversación analítica. Esperamos crear para el paciente una atmósfera donde se lleve a cabo una conversación consigo mismo.

Todos sabemos lo que es estar con alguien que desea mantener una conversación. Algunas personas son buenas escuchando y reflexionando. Eso nos puede estimular a pensar más sobre lo que estamos diciendo. Por otro lado, hay quienes no pueden esperar para introducir sus propias ideas. Como analistas, nos enfrentamos a estos temas.

Otra complicación con el análisis hoy en día es la consideración sobre la posibilidad de que las palabras del analista representen acciones. En mi opinión, esta perspectiva sobre la forma en que en ocasiones nos comunicamos, ha llevado a algunos analistas (particularmente en los Estados Unidos) a una posición

1 Trabajo presentado en la Universidad George Washington D.C. (USA), octubre 2011. ("An invitation to a conversation like no other: Helping patients begin Psychoanalysis"). Traducción al español de Alida Chocano (2014).

* Psicoanalista de la Asociación Psicoanalítica Americana y miembro de IPA. Didácta y supervisor del Centro psicoanalítico PINE. Miembro del Instituto Psicoanalítico de Boston y del Instituto para el entrenamiento e investigación psicoanalítica. <drbusch@gmail.com>

donde ya no se considera útil establecer una diferencia o distinción entre las palabras y la acción del analista. Como ha sido planteado por Stern (2002), “Los clínicos contemporáneos dan por sentado que cada vez que dicen algo, están tomando algún tipo de acción con o hacia el paciente”... “Sabemos que las palabras no frenan o sustituyen a las acciones; son acciones” (p. 201).²

Como analistas debemos encontrar la forma de navegar entre el punto de vista post-moderno del lenguaje, donde un significante puede significar cualquier cosa que el intérprete desea que signifique, y el punto de vista expresado por Green (2000), que sostiene que en el interior del espacio analítico esperamos crear un lugar donde puedan darse la asociación libre y la escucha psicoanalítica. En ese sentido, “el analista puede verbalizar y conectar ideas catastróficas previas, desconocidas en la conciencia del paciente, para ayudarlo a crear sentido y sentir alivio ante terrores desconocidos, pero previamente dominantes” (p. 429). ¿Pueden apreciarse ambas posiciones?

Freud (1915) conjugó ambas posiciones cuando describió el movimiento del consciente al inconsciente conectando “la representación cosa” con “la representación palabra”. En el uso del término “representación” Freud señaló que no era una cosa en sí misma a la que se refería, ya fuera una cosa o una palabra.³ Como lo esclarecieron Laplanche y Pontalis (1973), “La representación de cosa no debe ser entendida como un correlato mental de la cosa en su totalidad”. En resumen, Freud reconoció la naturaleza altamente saturada de las palabras (y cosas) para el individuo. Este punto de vista post-moderno no niega la importancia de las palabras al rescatar “la representación cosa” de la vorágine del proceso primario del pensamiento, sólo resalta la complejidad de la tarea.

2 La perspectiva de Stern (2002) es interesante cuando llega a la conclusión de que “el lenguaje no es sólo un repertorio de etiquetas, por el contrario, juega un rol significativamente creativo o constitutivo de significado explícito. Como sostuvo Freud, lo verbal y lo no verbal son inconmensurables, una vez que captas una experiencia en palabras, lo que haya sido antes desaparece: el lenguaje cambia lo que se formula” (p. 239). Es así que, mientras Stern cree en el efecto transformador de las palabras, se debate con la idea de la capacidad del analista de transformar las expresiones polifónicas del paciente en palabras que no sean acciones, a pesar de que demuestra esta capacidad en su trabajo clínico. (Ver el trabajo con Roberts en 2002).

3 Freud usa la palabra en alemán “Vorstellung” que se acerca más a “imaginación” que a “presentación”, pero la elección de Strachey de “presentación”, una vez elaborada, parece adecuada.

Y una complicación adicional es que hemos aprendido que el analista no puede ser solamente una máquina que interpreta, y además nunca lo es. Hemos aprendido que muchas veces la mejor interpretación es la que no se hace y que el mostrarse humano no va a malograr el tratamiento.

¿Dónde nos deja esto entonces en relación a la conversación psicoanalítica? En mi trabajo con pacientes todavía encuentro que el entender es la mejor forma de ayudar al paciente a comprender por qué viene a buscarnos, y cómo puede irse. Aun cuando aprecien la empatía, los pacientes necesitan poder lidiar con el trauma y la injuria narcisista y es importante comprender lo que el paciente ha hecho con estas experiencias. Algunas veces me da la impresión de que dejamos a los pacientes sintiéndose víctimas de su destino, en lugar de reconocerse como participantes activos de sus propias vidas.

Para propósitos didácticos, me gustaría señalar que son dos los tipos de conversación que los pacientes traen al tratamiento. El primero es la habilidad de utilizar asociaciones para relatar una historia que no es consciente, sino preconsciente. El segundo tipo de conversación que escuchamos en el análisis es lo que yo llamo el lenguaje de acción. Es aquí cuando las palabras tienen que hacer algo. En estos momentos, sin estar consciente, el paciente está intentando evocar emociones y pensamientos en el analista. También hay momentos en que pareciera que la conversación se ha detenido, o que el paciente mira al analista esperando que conduzca la conversación. En todas estas conversaciones el analista está tratando de entender de qué está hablando el paciente o sintiendo qué implica que se produzca este tipo de conversación. Como pueden apreciar, me estoy enfocando no sólo en el contenido de la conversación, sino también en la forma. Eso nos ha permitido pensar sobre el pensar. Y como si no fuera ya suficientemente complicado, también necesitamos poner atención al afecto subyacente de la conversación. El saludo “hola”, por ejemplo, puede ser dicho de manera jovial, amistosa, seductora, o puede sonar silbado, escupido, susurrado o gritado. Necesitamos escuchar la música y también la letra en la conversación de nuestros pacientes.

Sin embargo, llegamos luego a una pregunta importante, especialmente en relación al subtexto: ¿porqué queremos ayudar a que continúe la conversación en los pacientes? Yo respondería que el principio básico del pensamiento psicoanalítico es que la razón por la que los pacientes llegan al consultorio está en torno a la inhabilidad para sentir o pensar lo que les ocurre. Es decir, nuestros pacientes sufren de conversaciones interrumpidas con ellos mismos. Este fue el monumental descubrimiento de Freud.

La capacidad de los pacientes para decir y ser dueños de sus conversaciones es central para que desarrollen el sentido de bienestar en el análisis. Es la base de una emocionante sensación de libertad de la mente. Son las conversaciones interiores inhibidas, restringidas, lo que los hace sentirse empobrecidos y no apreciados. Encuentro útil la metáfora de conversaciones interiores, ya que recoge una manera de entender el proceso terapéutico, especialmente el rol del analista en ayudar o interferir en las historias del paciente.

Recientemente una supervisanda me relató el siguiente momento clínico.

P: Estaba molesta cuando me fui de aquí ayer... es difícil recordar qué pasó.

A: Algo te hace difícil recordar que estabas molesta conmigo.

A: ¿Tienes una sensación de malestar y quisieras alejarte de tus sentimientos de rabia?

P: No... voy a volver a eso... tenía otras cosas en la mente.

Tenemos aquí a una paciente que acaba de iniciar su conversación acerca de por qué podría resultarle difícil expresarse cuando la analista se centra en lo que le interesa a ella (la transferencia). Es también chocante cómo al guiar la conversación la analista cambia la naturaleza de la de la paciente. Vemos que la paciente dice: “Estaba molesta. Es difícil recordar lo que pasó”. Y la analista responde: “Algo te hace difícil recordar que estabas molesta”.

Como analistas siempre hemos batallado con cómo diferenciar la conversación del paciente con la nuestra. Creo que es importante resaltar esta lucha, porque la intrusión del analista en la conversación del paciente es un problema que atraviesa todo el espectro teórico.

En realidad si lo permitimos, a través de sus acciones, negaciones e intelectualizaciones, al contar sus sueños, o no hacerlo, en la expresión intensa de sus sentimientos, o no, y en las múltiples formas posibles de comunicación, los pacientes están tratando de conversar con nosotros. En estas conversaciones encontraremos el porqué están con nosotros y el camino para poder dejarnos. En el proceso nos irán diciendo por qué no deberían tener esas conversaciones con nosotros y vehementemente negarán que estas conversaciones pasen por sus mentes. En otros momentos los pacientes van a mostrarse felices de sostenerlas pero se sentirán incómodos de reconocer su participación en ellas.

Voy a compartir con ustedes una entrevista de una psicoanalista con experiencia. En muchos sentidos esta es una excelente entrevista, ya que a partir de

la ayuda de las intervenciones de la analista, la conversación se profundiza y deviene que la paciente inicie un análisis. La analista se entera posteriormente de que la paciente se sintió cómoda rápidamente con ella y por eso entró en tratamiento. Sintió que la analista estaba intentando comprenderla desde un punto de vista complejo y esto le permitió abrirse en formas que la sorprendieron. Voy a observar las intervenciones de la analista desde una sola perspectiva... esto es, mi visión en cómo invitar a un paciente a sostener una conversación analítica.

(Mis comentarios acerca de la sesión estarán entre paréntesis)

La paciente, Betty, es una mujer alrededor de los 45 años. Inicia la sesión mencionando brevemente que está nerviosa y mira a la analista de manera inquisitiva. (Es un patrón que continúa a lo largo de la entrevista y posteriormente se hace claro que este tenía un particular significado dinámico). La analista anima a Betty a continuar, y esta llega justo al punto. Ella y su esposo ya no tienen relaciones sexuales y está asustada tanto de que la relación se termine como de su deseo de salir corriendo de ella. Nuevamente Betty se detiene y mira inquisitivamente a la analista, quien le pregunta si puede hablar más al respecto. La paciente dice que ha sido siempre así. Sus relaciones sexuales han comenzado siempre bien pero luego ella se retrae.

(Hasta el momento estamos escuchando varias conversaciones. Una donde la paciente le dice a la analista qué la ha llevado a pedir ayuda, esto es, su confusión, sus problemas sexuales en la relación con su esposo. La segunda conversación subyacente es Betty demostrando, con sus acciones, lo que está hablando; nos dice que en las relaciones sexuales las cosas empiezan bien y luego ella se retira. Lo mismo sucede cuando empieza a hablar con la analista. Comienza con fuerza y repentinamente se retrae. En este sentido la conversación interrumpida se convierte en el tema de la conversación. La analista percibe esto y motiva a la paciente a continuar la conversación. Creo que es lo que la mayoría de nosotros hubiera hecho en esta situación. Todavía es muy temprano para hacerle notar a Betty lo reiterativo de su conducta, especialmente porque ella lo está refiriendo a sus relaciones sexuales y hacerlo en este momento probablemente la pondría más ansiosa. Entonces escuchamos.)

Después la analista le pregunta a Betty si tiene alguna idea de por qué sucede esto. (Es el intento de la analista de averiguar si su paciente tiene una teoría propia sobre lo que le ocurre. Sin embargo, también puede darle la impresión a

la paciente de que si hace las preguntas correctas y piensa en profundidad, va a encontrar la respuesta a lo que le preocupa. Esta pregunta, como muchas otras, simplemente dirige la mente a lo que ya se sabe, mientras que en psicoanálisis buscamos llegar a conocer lo que anteriormente era desconocido. En resumen, esas preguntas frecuentemente evocan una respuesta ya conocida conscientemente, en lugar de dejar un espacio vacío para que el paciente pueda buscar formas de comunicar lo que está emergiendo en el preconsciente y es potencialmente representable. Las preguntas por lo general estimulan un pensamiento concreto y racional, mientras que el análisis apunta al pensamiento asociativo, lúdico, creativo e incluso irracional.)

Betty le responde contando un incidente, que su esposo estuvo coqueteando con otra mujer y empezó a besarla en una fiesta donde todos estaban bastante ebrios. El esposo después se quedó dormido con la mujer acurrucada en sus brazos. No pasó de esto, pero Betty no pudo superarlo. Vio que su esposo quería hablar sobre lo ocurrido, pero se dio cuenta de que en realidad él se estaba retirando cada vez más.

En este punto la analista sugiere que puede haber algo previo que propició esta dificultad.

(Aquí la analista intenta ampliar la conversación a la historia de la relación de Betty con su esposo. Nuevamente, algo que probablemente todos sabemos. Sin embargo, creo que Betty puede estar intentando alcanzar algo más profundo... es decir, lo que ocurrió en la fiesta parece haber sido traumático y no ha podido recuperarse. “De alguna forma no pude superarlo”, nos dice. En este momento me gustaría enfatizar la importancia del analista como un testigo ante la experiencia del paciente. A partir de todo lo escrito sobre el Holocausto, reconocemos la importancia de la presencia de alguien que escuche y recoja lo terrible de la experiencia. Es un componente crucial de cualquier conversación terapéutica profunda. Yo podría haber dicho algo parecido a “suena como que fue una experiencia chocante para ti”. De esta forma validamos la experiencia del paciente como algo importante. Es algo importante de lo cual hablar.

También quisiera señalar algo acerca de la respuesta de Betty a esta experiencia. En su opinión, hay algo que le hace difícil A ELLA superar esta experiencia. Desde una óptica positiva podría ser una observación importante, favorable en el tratamiento; o podría ser una derrota masoquista.)

Betty describe cómo había deseado asistir a la fiesta e intentar ser más amigable con sus colegas. Le parece que le gustan sus colegas, pero que se aleja de ellos.

Recalca que mientras más le agradan las personas, más se aleja de estas. Luego ella se retiró al silencio.

(Aquí podría intervenir diciendo algo acerca del retirarse, porque se refiere a los colegas y el agrado hacia alguien y no al sexo. Diría algo como, “al hablar contigo he notado que con frecuencia empiezas hablando con un tono de voz fuerte y de repente paras... como retirándote. Me pregunto si puedes tratar de ver con el ojo de tu mente y capturar lo que sentías o pensabas en el momento en que te retiraste.” Lo que trataría de demostrar es que lo que pasa en nuestra conversacin es como un reflejo que nos ayuda a entender los problemas que la paciente trae. Esto puede ser una prueba poderosa de lo útil del “*talking cure*”. Más aún, al traer a Betty al momento anterior a su retirada, concordamos en que si nos detenemos a mirar con detenimiento nuestra conversación, vamos a poder decir mucho sobre lo que la trajo aquí. Es en el énfasis del análisis como una conversación especial que podemos aprender sobre la naturaleza de los problemas de los pacientes. No se trata de poderes especiales de *insight* o empatía por parte del analista, ya que muchas veces estos pueden sesgar un análisis desde su inicio. Más bien es un intento de ayudar al paciente diciéndole: “puedo ayudarte al escuchar tu conversación”. Al enfatizar que se trata de la conversación del paciente, le transmitimos nuestro interés en él. Para Betty, que sentía que no había nadie que la tratara de manera especial (como veremos más adelante), esto podría tener un efecto muy poderoso).

Al pensar en cómo se retira de sus colegas, ella se sorprende al percatarse de que siente que no es suficientemente interesante y que se siente así desde muy joven. Empezó entonces a hablar de su niñez. Primero describió su hogar, donde siempre estaba uno de sus padres. Sin embargo, al continuar hablando resultó que su madre era profesora y dedicaba largas horas a su trabajo y a los niños de su clase. Casi a diario Betty, al acabar su horario escolar, iba al colegio de su madre, pero la recuerda ocupada, sin percatarse de su presencia. En ese momento la paciente dijo: “Ahora me pregunto...”, e interrumpió lo que estaba pensando.

(Son muchos los puntos que se pueden recoger de esta conversación que se va enriqueciendo progresivamente. Voy a centrarme en cuando Betty inicia la conversación interior y luego se detiene. Fue cuando empieza a preguntarse por este funcionamiento después del colegio y luego se interrumpe. Es entonces cuando podemos ver el conflicto en relación a un pensamiento o sentimiento que interrumpe la conversación. Es aquí cuando tenemos la mejor oportunidad de ayudar al paciente a ver que en su mente algo repentinamente se desvió; se

desvió porque había algo perturbador en ello. Es una ventana a muchos temas en la paciente. Parece estar al borde de preguntarse acerca de por qué su madre se ocupaba de esos otros niños, y cómo esto se relaciona con no sentirse ella interesante, pero se detiene. Despierta cuestionamientos acerca de si la naturaleza traumática del incidente con su esposo y la otra mujer fue una repetición del trauma acumulativo de su niñez, de no sentirse suficientemente interesante. Todas estas consideraciones parecen posibles, pero llegamos a ellas básicamente a partir de la ventana que se abre al interrumpirse su pensamiento. Es decir, hasta que no podamos ayudar a la paciente a entender la interrupción en su cuestionamiento, cuestionarse va a ser imposible.)

(El segundo, pero igualmente importante punto sobre la técnica, es el hecho de que a través del método que describo el foco está en la mente del paciente. Estamos dirigiendo nuestro interés a lo que ocurre en la paciente en la conversación interrumpida... a cuando Betty comienza a preguntarse y luego se retrae. De esta forma no repetimos el trauma de hablar prioritariamente sobre lo que nos resulta interesante de lo que Betty relata. Si le sugerimos que “tal vez el interés de su madre por otros niños la hacía sentirse menos interesante”, estamos ignorando algo muy básico en Betty, su tendencia a retirarse cuando está interesada en algo... Un síntoma primario).

Al relatar su historia, Betty empieza a llorar. Se da cuenta de cuán sorprendida está de que todo esto esté saliendo, pero luego desestima sus preocupaciones considerándolas “tontas”. (Nuevamente la vemos defendiéndose de la posibilidad de que su historia no sea interesante para la analista). La analista sugiere entonces que tal vez Betty se preguntaba si ella misma no era lo suficientemente interesante como para que su madre quisiera estar con ella.)

(Todo esto nos lleva a interesantes preguntas acerca de la empatía. Frecuentemente sentimos que estamos siendo empáticos cuando ayudamos a nuestros pacientes a entender cómo ciertas conductas de los padres les han causado determinados sentimientos. Muchas veces esto es cierto. Sin embargo, raramente pensamos que al explorar los deseos de no saber del paciente estamos siendo empáticos. Pienso que es exactamente lo contrario. Ayudando al paciente a entender por qué se siente de determinada manera, mientras está debatiéndose entre si desea saberlo o no, podría no ser experimentado como empático).

Algunas reflexiones finales

Lo que hemos tratado de hacer es explorar un método para introducir a los pacientes en el método psicoanalítico, explorando las conversaciones interrumpidas que ocurren en su mente. Es esta interrupción en sus conversaciones interiores lo que conduce a los pacientes a la repetición inevitable del *acting out*. Es una particular forma de trabajar que espero impulse al futuro paciente a preguntarse sobre lo que está pasando en su mente, más que darle respuestas, o sentir que uno debe de ser de determinada manera (por ejemplo, una máquina de empatía).

En alguna oportunidad utilicé la metáfora de “contar historias” para capturar el trabajo analítico. Sugerí que la capacidad de los pacientes para comunicar y ser dueños de sus historias es fundamental en el desarrollo de la sensación de bienestar que obtienen del análisis. Creo que los pacientes acuden a nosotros porque se encuentran inhibidos de vivir sus propias historias. En lugar de eso, viven la historia de alguien más, o sienten miedo de ver la historia que realmente están viviendo, o no pueden tolerar ver las consecuencias de la historia que han construido. Sienten el dolor de una vida no vivida, y quieren saber de quién es la vida que han estado viviendo, y cómo podrían vivir la propia. Alimentar esta perspectiva es lo que espero poder promover con mi método.

Por supuesto, no todo paciente de análisis está como Betty, lista para la conversación. Algunos están tan abrumados por las circunstancias externas que no pueden hablar sobre nada más que eso. Algunos no pueden hablar de nada. Dependiendo del paciente vamos a necesitar algunas veces hacer muchas preguntas o permanecer callados. Llegar a descifrar qué tipo de conversación puede tolerar cada uno de estos pacientes es difícil, pero necesario. Es importante recordar lo que Betty le dijo repetidamente a la analista en su primera entrevista, mucho de lo cual la sorprendió a ella misma y que en realidad permitió convertirla en una paciente de análisis.

Como señalé anteriormente, a veces tendemos a focalizarnos en la manera de ser del analista para crear seguridad, excluyendo la manera en que el analista analiza. En este trabajo he tratado de plantear algunos aspectos del trabajo psicoanalítico que a mi entender son centrales en el método freudiano; métodos que ayudan a los pacientes a descubrir las historias que han estado viviendo, para de esta manera poder encontrar las historias que escojan vivir. Creo que ser autor de nuestra propia historia es un componente crucial en el análisis “suficientemente bueno”. Es la base de un emocionante sentimiento de liberarse de las

historias impuestas neuróticamente por fuentes internas y externas; las historias recordadas pero nunca integradas, las historias vividas pero nunca elaboradas, las historias vividas y recordadas pero sólo en el lenguaje de la acción, las historias de las fantasías y defensas inconscientes, y la importancia de todas estas en toda otra historia.

Referencias bibliográficas

- Freud, S. (1915). The Unconscious. *S.E.* 14.
- Green, A. (2000). The central phobic position: a new formulation of the free association method. *Int. J. Psychoanal.*, 81: 429-451.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1973). *The Language of Psychoanalysis*. New York: Norton.
- Miller, S. (2006). *Conversation: A History of a Declining Art*. New Haven: Yale University Press.
- Stern, D.B. (2002). Words and wordlessness in psychoanalytic situation. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 50: 221-247.

Resumen

¿Cómo introducir a un paciente al diálogo psicoanalítico? Fred Busch propone entender nuestra labor psicoanalítica esencialmente como una buena conversación, para que los pacientes puedan retomar los hilos de conversaciones interrumpidas consigo mismos. Propone que la escucha e intervenciones del analista estén libres de toda intención premeditada, que sentirse forzado a ser empáticos, a interpretar aplicando una teoría, a quedarse en silencio para ser neutral, o cualquier otra forma del “deber ser” que interfiera con la escucha libremente flotante, sería contraria al espíritu de la propuesta psicoanalítica. El autor reflexiona sobre estos y otros aspectos que hacen del encuentro psicoanalítico una experiencia compleja y única. El uso de material clínico para ilustrar los múltiples aspectos de este encuentro hace sus ideas comprensibles y didácticas y promueve un constante diálogo con sus lectores.

Palabras clave: asociación libre, empatía, conversación terapéutica, lenguaje, técnica psicoanalítica

Abstract

How should one introduce a patient to a psychoanalytic dialogue? Fred Busch proposes that our psychoanalytic work is best understood as a good conversation; one in which we help our patients reestablish interrupted dialogues with themselves. He suggests that the analyst's words

should be free of premeditated intentions. Notions that one “must be” empathic, interpret following a theory, remain silent, be neutral, or follow any other stricture that interferes with the act of listening with free floating attention, would be contrary to the spirit of psychoanalysis. The author discusses this and other features that make the psychoanalytic experience so complex and unique. The use of clinical material to reveal the multiple aspects of this encounter makes his ideas comprehensible and didactic and promote a constant dialogue with his readers.

Key words: *emphaty, free association, language, psychoanalytical technique, therapeutical conversation*