

## LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO, ENTRE EL PENSAMIENTO Y LA ACCIÓN\*

Adela Abella\*\*

El título de este simposio invita a considerar los trastornos del comportamiento y su tratamiento desde un punto de vista particular: entre el pensamiento y la acción. Este tipo de patología puede en efecto ser comprendida como un fracaso del pensamiento, de la mentalización, con el resultado de una tendencia, en el niño y en el adolescente al igual que en el adulto, a la expresión del conflicto fundamentalmente a través de actuaciones comportamentales. La consecuencia grave de este fracaso de la mentalización es que el comportamiento y la acción, privados del efecto modulador y regulador del pensamiento, tienden a adoptar formas extremas y violentas, con frecuencia peligrosas para el sujeto y para su entorno, sin valor adaptativo y que finalmente resultan dañinas para el desarrollo del individuo.

Pero el problema es más complejo. Esta concepción clásica de una oposición entre pensamiento y acción se ha enriquecido posteriormente con la idea de la existencia de otro tipo de relación entre ambos términos. Así, se han descrito en la clínica pensamientos que son utilizados como una forma de

---

\* Ponencia presentada en el XX Congreso Nacional de Sepypna que bajo el título "Entre el pensamiento y la acción: abordaje terapéutico de los trastornos de conducta en el niño y en el adolescente" se desarrolló en Badajoz del 25 al 27 de octubre de 2007. Reconocido de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad de la Junta de Extremadura.

\*\* Psiquiatra Psicoanalista. Dirección e-mail: adela.abella@tele2.ch

acción y acciones que tienen la finalidad fundamental de transmitir una comunicación. Se trata por ejemplo de la palabra que intenta no comunicar sino influenciar al otro, *hacerle* algo, hacer que el otro sienta algo o que el otro haga algo. Así, la palabra que hiera o que calma o que seduce: en el fondo, más acción que palabra.

A la inversa, ciertas acciones tienen fundamentalmente un valor comunicativo, son acciones que dicen lo que el niño o el adolescente no puede expresar verbalmente. Comportamientos que son en realidad peticiones de ayuda, o intentos de comunicar sentimientos de tristeza, de ira, de amor.

Actualmente los estudios empíricos sobre los resultados de la psicoterapia dan por aceptada su eficacia en el tratamiento de buen nombre de patologías psíquicas, entre ellas precisamente los trastornos del comportamiento del niño y del adolescente. No es de este aspecto de lo que voy a tratar. La pregunta que quisiera plantear concierne la naturaleza del proceso psicoterapéutico con este tipo de pacientes. Es decir: ¿cómo aparecen los trastornos del comportamiento en el curso de una psicoterapia?, ¿qué valor toma en este contexto preciso lo que el niño o el adolescente dice o hace? Paralelamente ¿cómo interviene y qué efecto tiene lo que el psicoterapeuta dice o hace? En otros términos, ¿cómo se expresan, qué valor toman el pensamiento, la palabra y la acción en el contexto de una psicoterapia, de qué forma pueden ponerse al servicio del cambio psíquico o, al contrario, entorpecerlo?

## **ACCIÓN Y PENSAMIENTO EN EL PENSAMIENTO PSICOANALÍTICO**

En la historia del pensamiento psicoanalítico acción y pensamiento aparecen en una doble relación: a veces como opuestos, otras veces como interdependientes.

Freud propone considerar el problema del origen del pensamiento en relación con la existencia de dos tipos de funcio-

namiento mental, el primero bajo el dominio del principio de placer, el segundo supeditado al principio de realidad (Freud, 1910-11). El primero reposa fundamentalmente sobre la acción, el segundo sobre el pensamiento. La creación de pensamientos aparece así ligada a la ausencia de satisfacción y es posible gracias al fracaso de la realización alucinatoria del deseo. Es decir, confrontado a la frustración, el bebé alucina la satisfacción, de forma que el pensamiento llena el vacío de la gratificación esperada con una representación. La idea implícita es que necesitamos imaginar, pensar sólo aquello que está ausente.

Un aspecto importante de esta conceptualización freudiana es el hecho de que se sitúa en el contexto de la noción de un estado inicial de narcisismo primario. Con estos términos alude Freud, bajo la influencia de las concepciones neurofisiológicas de la época (Manzano, 2007), a un estado hipotético en el que el bebé ignora la existencia de un mundo externo. Así, se puede decir que el modelo freudiano inicial se sitúa en lo que se ha llamado una “psicología de una persona”: el origen del pensamiento puede ser entendido en términos de la manera como el individuo gestiona, al interior de sí mismo, en circuito cerrado, entre él y él, la frustración de sus necesidades.

Los autores post-freudianos han insistido sobre el rol del objeto en el proceso del origen y desarrollo del pensamiento. La reflexión psicoanalítica ha pasado así gradualmente a ser una “psicología de dos personas”. Según esta manera de ver, el pensamiento se desarrolla por y en la relación.

En esta línea de desarrollo teórico, Melanie Klein aporta una noción fundamental. Se trata de la idea de la existencia de una relación de objeto desde los primeros estadios de la vida (Klein, 1932). La noción de un narcisismo primario es reemplazada por la idea de que toda experiencia, tanto del bebé como del adulto, esta contextualizada por una relación, es decir, que el sujeto vive cada una de sus experiencias como vinculadas a un objeto. Esto implica la existencia, desde un principio, de

representaciones, incluso si éstas son inicialmente rudimentarias y primitivas. Estas representaciones iniciales se enriquecerán posteriormente, de forma gradual, a través del intercambio entre el sujeto y el objeto por medio de múltiples identificaciones proyectivas e introyectivas.

En esta conceptualización la noción de ausencia no desaparece. Por el contrario, esta noción mantiene una importancia fundamental pero opera de una manera diferente. La ausencia no interviene ya en la creación del pensamiento sino en su desarrollo posterior. Es decir, las representaciones, presentes desde el principio y conectadas de entrada con el objeto adquirirán su independencia, su verdadero carácter de símbolo despegado del objeto inicial a través y en la medida en que el sujeto se separa del objeto. El modelo inicial se ha transformado. En este nuevo modelo la ausencia, o más precisamente la capacidad de tolerarla, interviene en un segundo momento: los pensamientos se originan en y por la relación de objeto pero adquieren su carácter específicamente mental, se convierten en verdaderos símbolos en la medida en que se despegan del objeto.

La dificultad de este proceso reside precisamente en que se sitúa al interior de una relación de objeto. Así el proceso de desarrollo del pensamiento se ve estrechamente vinculado a la complicada gestión de la relación con un objeto que es simultáneamente amado y odiado y del que es extremadamente difícil separarse y hacer el duelo. Asistimos aquí a una paradoja. Esta paradoja reside en el hecho de que es precisamente aquello que permite un determinado proceso lo que le plantea las mayores dificultades a dicho proceso. El enemigo está en casa. Dicho más precisamente, la relación de objeto permite el desarrollo del pensamiento, y al mismo tiempo su mayor dificultad reside precisamente en los avatares de dicha relación de objeto. De esta forma, en este modelo, los fracasos en el desarrollo del pensamiento, sus inhibiciones o su carácter demasiado concreto –las ecuaciones simbólicas– derivan de

los conflictos. Más exactamente, tienen su origen en las defensas frente a los diversos conflictos inherentes a la relación profundamente pulsional y ambivalente que el sujeto mantiene necesariamente con el objeto.

Winnicott aborda la cuestión desde un punto de vista diferente. La noción fundamental es aquí la de “creado-encontrado” (Winnicott, 1951). La idea de base es que el pensamiento se origina cuando el objeto necesitado por el bebé coincide con el objeto presentado por la madre. Este encuentro se realiza en lo que Winnicott llama el área de la ilusión. El bebé necesita algo, la madre se lo ofrece: de la conjunción entre una necesidad y la presentación del objeto capaz de satisfacerla nace su representación. Aquí también, la ausencia no interviene más que en una segunda fase. Una vez el pensamiento formado, cada vez que el niño siente una necesidad, el pensamiento correspondiente será evocado. El aspecto decisivo aquí es que, por la fuerza de la realidad, este pensamiento evocado en la mente del niño coincidirá algunas veces con la presencia real del objeto en el exterior pero no siempre. De esta forma, a través de la ausencia, a través de la experiencia de desilusión, el pensamiento se irá desligando progresivamente del objeto original. Es decir, el encuentro en lo que Winnicott llama el área de la “ilusión” entre la necesidad y el objeto que la satisface da origen, *crea* el pensamiento; y el desencuentro entre el pensamiento y la realidad externa correspondiente, la “desilusión”, permite el desarrollo de dicho pensamiento.

Bion da un paso más. Este autor modeliza el funcionamiento mental de dos maneras particularmente sugestivas para la clínica (Bion, 1962). La primera consiste en ver este funcionamiento a imagen del sistema muscular: la mente trata de expulsar, de evacuar las experiencias frustrantes. Se trata de un funcionamiento rudimentario al servicio del principio del placer. El segundo modelo recurre al aparato digestivo: confrontado a la inevitabilidad de la frustración, el aparato mental no tendrá otro remedio que tratar de modificar la realidad, digerirla y trasformarla –ya se trate de la realidad externa o

interna—. Este segundo modelo de inspiración digestiva se aplica por tanto a un funcionamiento más evolucionado, capaz no sólo de tener más en cuenta la naturaleza de la realidad sino de influir sobre ella, de intentar transformarla.

En este vertex, pensamiento y acción no aparecen como opuestos sino que van de la mano: el pensamiento no es sólo una manera de representar la realidad ausente, sino una forma de transformar la experiencia. El pensamiento se acompaña por tanto de una acción sobre el objeto. Dicho de otra manera, la oposición importante no recae ya entre pensamiento y acción como formas alternativas y excluyentes sino entre un pensamiento que es acción evacuativa y un pensamiento que toma valor de acción transformativa.

El aspecto común entre el modelo Bion y los otros modelos post-freudianos reside en la idea central de que esta evolución se realiza a través de la relación con el objeto. Es decir que lo significativo no es sólo, ni siquiera fundamentalmente, el hecho de que el objeto aporte la satisfacción de una necesidad del sujeto. A través del concepto de la capacidad de reverie maternal Bion introduce la noción de la importancia del pensamiento y de la acción del objeto. Bion proporciona así un modelo explicativo de la naturaleza del aparato de pensar pensamientos y de la génesis de la función alfa. Muy brevemente resumido, por el término de función alfa Bion entiende el proceso de transformación de elementos sensoriales y emocionales brutos, cuyo carácter concreto les aparenta a cosas capaces de ser expulsadas pero no pensadas, en productos más elaborados que tienen ya el carácter de pensamientos. Según esta lógica, lo que permitirá al bebé desarrollar su capacidad de pensar y construir sus pensamientos no es otra cosa que la capacidad de la madre de recibir, contener y desintoxicar las experiencias emocionales brutas del bebé, devolviéndole un producto más elaborado, más “pensado” y más “pensable” que el bebé puede asimilar y utilizar.

Más recientemente, los estudios sobre el desarrollo temprano han aportado cierta confirmación experimental à estos últi-

mos desarrollos. Por una parte estos estudios han mostrado cómo el bebé nace en efecto con una serie de competencias y cómo influye activamente, desde los primeros días de su vida, en las personas que le rodean. Otros estudios se han centrado más particularmente en el rol de la interacción en la estructuración del pensamiento. Su resultado ha sido mostrar cómo el pensamiento se crea y se estructura no en oposición a la acción sino como consecuencia de la acción. Así Stern (1995) defiende la idea de que para poder construir sus pensamientos, el bebé necesita la presencia de un objeto sobre el cual pueda actuar. El contacto con el objeto, la posibilidad de poder manipularlo, de explorar sus características y sus respuestas, es lo que permite al bebé construir una representación de dicho objeto. La ausencia del objeto interviene secundariamente, suscitando la evocación del pensamiento. La idea fundamental es aquí la de una interdependencia genética entre pensamiento y acción, y por tanto entre la creación del pensamiento y la relación con un objeto sobre el que es posible actuar.

De manera muy resumida se puede decir que todos estos modelos post-freudianos comparten la idea de base de la necesidad de dos fases en el proceso de desarrollo del pensamiento: una primera fase en la que es imprescindible la presencia y la intervención del objeto, seguida de una segunda fase en la que el elemento fundamental es la capacidad de tolerar su ausencia. Se podría decir que todos ellos heredan del modelo freudiano la idea de la necesidad de la ausencia del objeto y que la innovación decisiva es el hecho de anteponer a esta fase de necesaria ausencia una fase de obligada presencia.

## **MODELOS PSICOANALÍTICOS DE PROCESO TERAPÉUTICO**

Lejos de revestir un interés meramente académico, estas diferentes maneras de concebir el origen del pensamiento y su relación con el objeto, con la acción, están íntimamente ligadas a la manera en que comprendemos tanto el desarrollo del niño

como la acción terapéutica de la psicoterapia. En efecto, hay una interdependencia entre el modelo de desarrollo temprano, explícito o implícito, y el modelo de acción terapéutica, explícito o implícito. Esta interdependencia deriva del hecho que el problema del desarrollo mental y el problema de la manera como la psicoterapia puede promover el cambio psíquico se resumen a la cuestión de cómo concebimos la manera como el individuo construye su relación consigo mismo y con los otros, cómo el individuo se conoce y conoce su entorno, qué actitud adopta ante la realidad externa e interna y cómo intenta transformarla. Dicho en otros términos, cómo simboliza y/o cómo integra.

Actualmente disponemos de varios modelos diferentes que intentan explicar el desarrollo del niño y del adolescente al igual que el proceso de una psicoterapia. Cada uno de estos modelos determina la manera de comprender la relación establecida entre el terapeuta y el paciente y, lo que es más importante, marca un estilo de escucha y de intervención diferentes por parte del terapeuta. Cada uno de estos modelos privilegia ciertas hipótesis sobre la naturaleza del cambio psíquico y, a partir del momento en que influye en la actitud del terapeuta, hace pesar ciertos riesgos y ciertos límites sobre el trabajo terapéutico. Es también posible que haya diferentes procesos terapéuticos y diferentes tipos de efecto terapéutico, por ejemplo unos más profundos y estables, otros más sintomáticos y pasajeros.

Antes de pasar a discutir una viñeta clínica, voy a intentar resumir brevemente los principales modelos de proceso terapéutico actuales.

Según uno de estos modelos, se trata en la psicoterapia de levantar las represiones instaladas en la infancia con objeto de remplazarlas por nuevas represiones más adaptadas que permitan una gestión pulsional más adecuada para cada individuo. Es decir, el objetivo es recuperar el pasado para modificar la manera de comprenderlo, para pensarlo, para mentali-



zarlo de una manera mas adecuada. La idea de base es que todos sufrimos de nuestro pasado. En una versión mas reciente de este punto de vista el acento recae sobre los hipotéticos traumatismos sufridos durante la infancia, traumatismos que se supone dejan como cicatriz fundamental un defecto de representación. Como consecuencia, se trata en la psicoterapia de reconstruir los traumatismos antiguos con objeto de permitir su mentalización.

Dicho de manera resumida, es como si el terapeuta dijera implícitamente a su paciente, niño o adolescente: “cuando eras más pequeño, como consecuencia del conflicto entre esta pulsión y esta prohibición superyoica, estableciste esta represión” o bien “cuando eras más pequeño sufriste de este traumatismo de tal manera que tu capacidad de pensarlo fue cortocircuitada”. Es decir, este modelo tiende fundamentalmente a la recuperación del pasado, incluyendo en dicho término lo que podríamos llamar “pasado ausente”. Me refiero aquí, según la formula winnicottiana, a aquellas experiencias que el niño no tuvo pero que se piensa hubiera debido tener.

Una de las posibles derivas de este modelo es una concepción ortopédica o reparativa del proceso terapéutico: según esta forma de pensar la psicoterapia debe ofrecer al paciente aquello que le faltó cuando niño. Lo más frecuentemente, esta reparación se entiende en términos simbólicos: se trata de ofrecer una cierta escucha, una cierta presencia que permitan al niño o al adolescente vivir las experiencias que le faltaron. Otras veces, se entiende que el terapeuta debe suministrar a su paciente las representaciones que el paciente no puede elaborar. Estamos en un modelo deficitario: el paciente sufre de la falta de algo necesario, lo que debe hacer el terapeuta es proporcionárselo.

Según el segundo modelo, lo fundamental no son tanto las experiencias concretas vividas durante la infancia, sino la manera como el sujeto las ha comprendido, lo que ha hecho de ellas y como las ha conservado. Llamamos fantasma

inconsciente (Hinshelwood, 1989) a esta huella dejada por las experiencias de la infancia tal como han sido vividas a través de la pulsionalidad del sujeto. Se les podría describir en tanto que paradigmas relacionales complejos que caracterizan el mundo interno de cada individuo. O dicho de otra manera, en tanto que conjunto de pulsiones, angustias y defensas que configuran las relaciones de objeto características de un individuo dado.

Lo importante en este modelo es que se considera que estos paradigmas relacionales se mantienen activos en el presente con enorme vitalidad y potencia, de forma que determinan no sólo las expectativas del individuo y la manera como percibe la realidad que le rodea sino su actitud y su comportamiento hacia dicha realidad. Dicho de otra manera, estos paradigmas relacionales inconscientes no representan únicamente la huella del pasado sino que influyen en el contenido real de la experiencia actual. Son en cierta manera “pensamientos en acción”, pensamientos que influyen fuertemente no sólo en nuestra percepción de la realidad sino que tienen la capacidad de suscitar ciertos tipos de realidad. Es decir, que influyen también en el contenido y la naturaleza de la realidad. En consecuencia, se podría decir que no sufrimos tanto de nuestro pasado como de los modelos relacionales que hemos construido a partir de dicho pasado, modelos que se mantienen extremadamente potentes y activos en la actualidad. Este modelo no hace ya tanto hincapié en el déficit como en el conflicto.

Como consecuencia de esta poderosa vitalidad, estos paradigmas relacionales complejos se encarnan y actualizan necesariamente en las relaciones actuales del sujeto, entre ellas, y con particular transparencia, en la relación transferencial. De aquí una actitud terapéutica que retoma la recomendación de Freud en 1914 de tratar la enfermedad del paciente “no como un acontecimiento del pasado sino como una formación actualmente activa”. Es precisamente esta actividad en el presente la que nos ofrece la posibilidad de ponerlos en evidencia *en y a través* de la relación entre el terapeuta y el paciente.

El objetivo de la terapia, según este modelo, será la comprensión y posterior transformación de dichos fantasmas inconscientes. Desde este punto de vista lo que el terapeuta dice implícitamente al niño o al adolescente es lo siguiente: “nuestra relación nos muestra la forma en que entras en relación con tu entorno, lo que esperas y lo que suscitas”. En este modelo, más que la recuperación del pasado el objetivo es la transformación de los paradigmas relacionales construidos por el individuo sobre la base de sus experiencias pasadas tal y como han sido vividas a través de su pulsionalidad.

Un tercer modelo de proceso terapéutico se ha desarrollado a partir de los años 70, particularmente en Estados Unidos, pero no únicamente. Se trata del modelo constructivista e intersubjetivo, el cual propone una aproximación hermenéutica y relativista a la comprensión del funcionamiento mental (Leary, 1989, 1994). Según esta concepción, existen diversas versiones sobre una realidad dada, todas ellas dependientes del punto de vista particular del sujeto. Ninguna de estas versiones puede aspirar a una mayor legitimidad: la única diferencia entre ellas reside en su utilidad para el sujeto. A partir de este punto de vista, lo importante son los nuevos estilos relacionales desarrollados entre el terapeuta y el paciente y la construcción de nuevas narrativas que autorizan una mejor adaptación a la realidad.

Este modelo se apoya los estudios del desarrollo temprano que muestran la relación entre la creación de pensamientos y la acción. La consecuencia de esta idea es concebir el cambio terapéutico como resultado de la interacción, aquí y ahora, del paciente y del analista, incluyendo en la interacción las respuestas del analista así como sus contribuciones espontáneas. Según esta manera de ver, lo que permite el cambio es la incorporación de estas nuevas representaciones relacionales en la memoria implícita, y no la interpretación de representaciones inconscientes, basadas en la ausencia.

En alguna variante de este modelo, y bajo la influencia de Bion, el acento recae más específicamente sobre el desarrollo de la capacidad alfa a través de la gestión de las experiencias

emocionales que surgen en la sesión. Dicho de manera esquemática, en estos modelos constructivistas, la consigna del terapeuta sería: “lo importante no es tanto ni lo que se ha vivido ni los paradigmas relacionales que uno ha construido, sino la manera como se entra en relación en el momento actual. Se trata por tanto de desarrollar relaciones más sanas”. O bien, en su versión bioniana, “lo importante es la manera en que uno es capaz de metabolizar la experiencia actual” a través del pensamiento.

A cada uno de estos modelos corresponde una manera diferente de entender el proceso psicoterapéutico y una actitud diferente por parte del terapeuta. Así, en el modelo centrado en las represiones establecidas y/o los traumatismos vividos en la infancia, el terapeuta recurre con frecuencia a la reconstrucción de un pasado fantasmático o real. En el modelo que intenta favorecer la transformación de los fantasmas inconscientes, el útil terapéutico por excelencia es la interpretación de los aspectos clivados. Finalmente el modelo que persigue el desarrollo de la capacidad de pensar del paciente o el establecimiento de nuevas relaciones hace con frecuencia hincapié en lo que aporta de nuevo el terapeuta –se habla aquí de co-construcción o de co-pensamiento–.

## UNA VIÑETA CLÍNICA

Os propongo ahora intentar desarrollar estas ideas con ayuda de una viñeta clínica. Se trata un niño de 9 años, que voy a llamar Mateo. En el momento en que se sitúa la viñeta que voy a relatar yo llevaba viéndole desde hacía 2 años a razón de tres sesiones por semana. Mateo presentaba graves trastornos del comportamiento desde su primera infancia. Durante el primer año sufrió de insomnio pertinaz y a partir del segundo de terribles crisis de cólera frente a frustraciones banales. A pesar de ser un niño inteligente, sus capacidades de aprendizaje se veían seriamente perturbadas por su agita-

ción, su comportamiento provocador y su tendencia a hacer sistemáticamente todo lo prohibido. Sus disputas con sus padres y hermana eran constantes, se peleaba violentamente con los otros niños y sufría de repetidos accidentes. Debido a todos estos problemas había sido integrado en una institución especializada, donde su comportamiento continuaba siendo de una extrema violencia. A pesar de todo, había logrado establecer relaciones cariñosas con varios educadores, era un niño entrañable al que los adultos se apeaban fácilmente.

La historia de Mateo era particularmente difícil. Adoptado a la edad de 4 semanas junto con su hermana gemela, ambos padres adoptivos habían encontrado serias dificultades para entenderse con los niños. El padre se refugiaba en el comportamiento rígidamente severo con el cual él mismo había sido educado, comportamiento que era incapaz de considerar críticamente. La madre tenía tendencia a adoptar una actitud sumamente demostrativa de desconsolada víctima, y parecía obtener gran satisfacción de sus quejas constantes y de invariable tonalidad dramática. Sintiendo constantemente desbordada por los niños, había encontrado la siguiente solución cada vez que Mateo gritaba más de la cuenta: tirarse al suelo y fingirse muerta. Maniobra que resultaba, explicaba la madre con orgullo, decididamente exitosa: Mateo se callaba inmediatamente y se precipitaba aterrorizado hacia su madre con objeto de reanimarla.

El conflicto entre ambos padres era crónico y violento. Los servicios de protección de la infancia habían intervenido varias veces en respuesta a inadecuaciones educativas flagrantes, tales como dejar a los niños todo el día solos en casa durante las vacaciones escolares mientras los padres trabajaban.

La viñeta clínica que voy a relatar tuvo lugar al final del segundo año de psicoterapia. Mateo llega directamente de la institución donde ha pasado el día. Ya en la sala de espera me doy cuenta de que está furioso, fuera de sí y rojo de rabia, incapaz de controlarse. Una vez en mi despacho, se pasea

como fiera enjaulada, dando patadas y gritando una letanía de insultos dirigidos a un compañero de la institución, Iván. De toda esta sabrosa sarta de insultos, que sobrepasan ampliamente mis conocimientos en francés sobre la materia, retengo sobre todo que Iván es un “inútil”. Yo le escucho tranquilamente, sin interrumpirle. Al cabo de un largo rato, Mateo parece comenzar a darse cuenta de mi presencia. De repente, se interrumpe bruscamente, me mira con fijeza durante unos segundos, luego sonrío ampliamente y me dice: “Estás pensando. Y yo sé en qué piensas. Piensas que si digo que Iván es un inútil es para consolarme, para que el inútil sea él y no yo”. Luego, después de una breve pausa añade: “Ya me lo habías dicho una vez”. Inmediatamente, ya calmado, se sienta y comienza a dibujar. El resto de la sesión transcurre pacíficamente, Mateo me cuenta su problema con Iván y pasa luego a otras cosas.

## DISCUSIÓN

¿Cómo se puede entender esta breve viñeta clínica?

El primer elemento importante me parece ser el paso desde un modo de acción a un modo de pensamiento o, si se prefiere, desde un pensamiento evacuativo a un pensamiento transformativo. En efecto, lo más llamativo en esta secuencia es la manera en que Mateo pasa bruscamente de una forma de funcionamiento a otra. En la primera parte de la sesión, Mateo se muestra violento, agitado, incapaz de utilizar el pensamiento para calmarse y digerir –“mentalizar”– la experiencia penosa que acaba de vivir con Iván. Está tan invadido por sus afectos que no puede entrar en relación conmigo. En esta parte de la sesión, Mateo es todo acción, no tiene sitio para pensar, sólo para evacuar. Es un funcionamiento fundamentalmente proyectivo y de carácter concreto, operativo, que recurre masivamente al comportamiento. Sus palabras tienen escaso valor comunicativo, Mateo parece usarlas fundamentalmente como proyectiles destinados a desviar su frustración hacia el exterior.

Bruscamente, aparece otro Mateo, capaz de pensar con cierta distancia, que puede entrar en relación con el otro y ponerse en su lugar, capaz de imaginar lo que el otro piensa y de recordar cosas que han sido dichas previamente. En este momento, Mateo puede utilizar la relación y la memoria para restablecer su continuidad y su estabilidad interna. El placer que experimenta Mateo en la recién adquirida capacidad de poder pensar y digerir la situación penosa, deriva probablemente del restablecimiento de su sentimiento de continuidad interna y de la experiencia de lograr un cierto dominio de la situación.

El segundo aspecto importante es que esta evolución se sitúa al interior de la relación con el terapeuta. Las palabras de Mateo hablan en este sentido: “sé lo que estas pensando, ya me lo has dicho una vez”. Se podría decir que Mateo es ahora capaz de entrar en relación con el otro, de aceptar lo que piensa que el otro le envía y de utilizarlo para transformar una experiencia emocional penosa en un pensamiento consolador y por tanto en parte agradable. Sus palabras tienen ahora fundamentalmente un valor comunicativo. Una vez esta experiencia transformada, digerida, Mateo puede calmarse y pasar tranquilamente a otra cosa, manteniéndose en la relación.

A un nivel más teórico, ¿cómo sería posible conceptualizar este cambio? Según los diversos modelos de que hemos hablado se ofrecen varias posibilidades. Se podría pensar por ejemplo que esta micro-evolución desde el pensamiento hacia la acción es el resultado de un trabajo de representación que ha sido previamente realizado por el terapeuta y que Mateo ha podido luego incorporar. En efecto Mateo retoma y hace suya una interpretación previa del terapeuta como lo indican sus palabras: “ya me lo habías dicho una vez”. Desde este punto de vista se podría comprender la terapia como un dispositivo anti-traumático en el sentido de que el espacio terapéutico permitiría el desarrollo de una capacidad de simbolización inhibida por los supuestos traumatismos precoces. En efecto,

sabemos que los padres han tenido por momentos comportamientos groseramente inadecuados.

También se podría pensar que lo fundamental no es tanto la representación particular que el terapeuta ha ofrecido al niño sino la capacidad de pensar de que éste ha hecho prueba a lo largo de la terapia. En las palabras de Mateo: “estás pensando y yo sé en qué piensas” se puede ver una alusión a una identificación del niño con la capacidad de contención y de reverie del terapeuta. La terapia habría así permitido desarrollar la capacidad alfa del niño. Lo que sabemos de los padres nos hace en efecto sospechar que estos han podido carecer con frecuencia de la necesaria capacidad de escucha y de desintoxicación de las experiencias emocionales brutas del niño.

Desde una perspectiva intersubjetiva, se podría aducir que lo fundamental en este proceso ha sido el aprendizaje de nuevas maneras de entrar en relación y de “estar con” el otro. Dicho de otra manera, en lugar de pelearse y gritar, Mateo ha aprendido que es más eficaz pensar y hablar. O bien se podría avanzar la hipótesis de que lo fundamental es la elaboración de una nueva narrativa que permite al niño situarse en el presente de una manera más coherente y adaptada. Esta nueva narrativa podría consistir aquí, por ejemplo en equiparar las crisis de cólera con intentos de auto-consolación. En esta lógica, esta nueva narrativa podría permitir al niño comprender sus crisis de cólera, darles un sentido y en consecuencia facilitar a Mateo una mayor tolerancia y control de sus rupturas de continuidad interna.

Pienso que en la terapia de Mateo han intervenido probablemente, en diferentes medidas, estos diversos mecanismos. Sin embargo, en mi opinión ninguno de ellos puede explicar aisladamente el cambio terapéutico de manera satisfactoria. Por otra parte en estas aguas se corre el gran riesgo de una concepción ortopédica, reparativa de la psicoterapia. Según esta manera de ver, la función de la psicoterapia sería compensar los fallos del entorno del niño, suministrarle lo que le faltó



en un principio. Dicho de una manera más caricatural y algo provocadora, se podría concebir la psicoterapia como el intento de proporcionar al niño unos padres sustitutivos mejores que los que ha tenido, por ejemplo unos padres que le permitan simbolizar o que incluso simbolicen por él. Desde mi punto de vista, este fantasma –ser mejores padres que los verdaderos padres– conlleva una grave amenaza de colusión con los fantasmas inconscientes del niño, así como importantes riesgos de sugestión y seducción. Voy a intentar desarrollar estas ideas un poco más.

## CONCLUSIONES

Desde mi punto de vista, el elemento fundamental de esta micro-evolución en Mateo viene indicado por el siguiente segmento de su frase: “Si digo que Iván es inútil es... para que el inútil sea él y no yo”. Me parece que estas palabras revelan de forma transparente la toma de conciencia de un movimiento de proyección en el niño. Mateo parece entender que una parte de sí mismo, la parte “inútil” ha sido depositada en Iván. Percibe igualmente que es él mismo quien ha hecho este traspaso y las razones que lo han motivado: “para consolarme... para que el inútil sea Iván y no yo”.

De esta forma, durante esta secuencia, el movimiento proyectivo es así parcialmente y momentáneamente corregido por un movimiento opuesto de integración. Mateo puede recuperar la parte “inútil” de sí mismo. Dicho de otra manera, su fantasma inconsciente puede comenzar a modificarse. Este fantasma evoluciona desde su formulación original: “son los otros los que son inútiles y me persiguen” a una versión más integrada: “no quiero ver que el inútil soy yo”. Al tener menos necesidad de depositar este aspecto descalificado de sí mismo en el exterior, se siente menos perseguido y su rabia disminuye. Ya no ve necesariamente la realidad habitada por los aspectos malos de los que quiere desprenderse y contra los cuales tiene que defenderse. Ahora puede ver el exterior –su

terapeuta incluido— como menos amenazadores. Esto que le permite entrar en contacto con el otro y mantener una relación tranquila y de intercambio mutuo. De esta forma, durante lo que queda de sesión Mateo puede liberarse del paradigma relacional extraordinariamente coactivo que le impulsa regularmente no sólo a percibir la realidad como “inútil ” y amenazadora, sino a actuar de manera que la realidad confirme sus expectativas.

Se puede pensar que esta transformación se acompaña de los mecanismos de que hemos hablado antes: desarrollo de la simbolización, identificación con la capacidad alfa del terapeuta, establecimiento de relaciones más adaptadas, creación de narrativas menos deformadas. Si embargo hay aquí un matiz importante. Se puede hacer la hipótesis de que todos estos procesos son más bien consecuencia de la transformación del fantasma inconsciente y del movimiento integrativo. Podrían ser así considerados como efectos colaterales, como acompañantes bienvenidos pero jerárquicamente subordinados a un elemento de importancia mayor. Este elemento no sería otro que la transformación del paradigma relacional inconsciente que determina de manera general la actitud de Mateo frente al mundo.

Dicho de otro modo, todos estos efectos —desarrollo de la simbolización y la capacidad alfa, aprendizaje de nuevas actitudes relacionales, desarrollo de narrativas más adaptadas— no serían tanto la causa del cambio psíquico como su consecuencia. La modificación del fantasma inconsciente predominante de Mateo atenúa el sentimiento de persecución. Como consecuencia, Mateo puede instalarse más tranquilamente en la relación con el terapeuta e identificarse con la capacidad de éste para pensar y con su actitud receptiva y contenedora. Al estar algo más integrado, su funcionamiento simbólico o si se quiere su capacidad alfa, se enriquece, puede ver la realidad de una manera más justa y pensarla con el fin de transformarla. Esto le permite establecer un nuevo tipo de relación con el otro, más adaptada y realista. Igualmente se puede decir que la dis-

minución de la persecución le permite elaborar una narrativa más tranquilizadora con un efecto narcisistamente restaurador. Es decir, todos estos mecanismos serían posibles como efecto, como consecuencia de la transformación integrativa del fantasma inconsciente.

Esta concepción del cambio terapéutico como ligada fundamentalmente a la transformación del fantasma inconsciente tiene una larga tradición en el pensamiento psicoanalítico. Así, por ejemplo, Bion liga el desarrollo de la capacidad alfa en el niño no sólo con la capacidad de reverie de la madre sino con la intervención de la pulsionalidad y de los fantasmas del niño. Basta recordar la descripción bioniana de las situaciones en que este desarrollo fracasa. En estos casos Bion considera la intervención de fallos en la capacidad de reverie de la madre, pero insiste en que en ningún caso este fracaso reside únicamente en la madre. Siempre hay una participación personal del niño. Más precisamente, Bion describe la situación en que la envidia del niño, su fantasma inconsciente, le impide aprovechar las capacidades de reverie existentes de la madre.

Finalmente querría decir dos palabras sobre la intervención y el papel del terapeuta. Hemos visto que el fantasma inconsciente puede ser considerado como un paradigma relacional complejo de naturaleza inconsciente, una especie de modelo reducido que determina la manera en que el sujeto entra en relación con sus objetos. Uno de los aspectos más importantes de esta teorización apunta al hecho de que estos fantasmas se mantienen extraordinariamente vivos y activos en el presente, de manera que influyen grandemente las expectativas y la actitud del sujeto hacia su entorno. De esta forma, la naturaleza de estos fantasmas, de estos clichés relacionales inconscientes, tiene repercusiones importantes no sólo en la manera como el individuo percibe la realidad, sino en lo que el individuo suscita de parte de la realidad. Dicho de manera resumida, si consideramos una persona que está bajo el influjo de un fantasma de persecución, como es frecuentemente el

caso en los trastornos del comportamiento, esta persona no sólo va a tener tendencia a interpretar la actitud de los otros preferentemente en términos de persecución, sino que va a comportarse de manera en que suscitará fácilmente que los otros le persigan.

La consecuencia de esto en el espacio terapéutico es que el paciente va a tender inconscientemente, pero con extraordinaria potencia a configurar la relación con el terapeuta según su fantasma inconsciente. Así, para seguir con el mismo ejemplo, una persona perseguida tenderá a crear una situación de persecución en el tratamiento. Esto puede ocurrir típicamente según dos modalidades fundamentales: en la primera el perseguidor será depositado en uno de los dos miembros de la pareja terapéutica, unas veces será el paciente el que persigue, otras el terapeuta. En la segunda modalidad, el perseguidor es evacuado al exterior y la pareja terapéutica se encuentra unida para luchar contra dicho perseguidor externo. Este segundo caso puede dar la engañosa apariencia de una buena relación entre el terapeuta y el paciente y ambos pueden sentirse satisfechos de su colaboración sin percibir la colusión inconsciente. El problema es que esta colusión no hace sino reforzar la proyección y el clivaje del paciente. El problema no se resuelve, se desvía al exterior y corre el riesgo de reforzarse y cronificarse.

La gran dificultad para evitar este tipo de falsa solución reside en el hecho de que el terapeuta sufre presiones importantísimas que tienen un doble origen. Por una parte, estas presiones vienen del paciente, son las que acabamos de describir en términos de actualización del fantasma inconsciente. El terapeuta tiene con frecuencia tendencia a adaptarse o a “corregir” a través de su actitud las dificultades del paciente con el fin de disminuir su sufrimiento. Este tipo de presiones son con frecuencia las más fáciles de ver.

Pero por otra parte, el terapeuta experimenta también presiones que se originan en sus propias necesidades emociona-

les, en particular las de naturaleza narcisista. Así, puede ocurrir que el terapeuta necesite sentirse bueno o que el paciente le vea como bueno. Bajo el influjo de esta necesidad personal, le resultará al terapeuta mucho más difícil resistir las presiones del paciente hacia una relación de complicidad inconsciente. De aquí pueden derivar potentes efectos de sugestión y seducción mutua, que pueden permanecer totalmente inconscientes, ser racionalizados y finalmente hipotecar seriamente la psicoterapia.

El comportamiento de Mateo durante la terapia era ilustrativo de estas presiones. Así, se puede pensar que la nueva crisis de cólera de Mateo al principio de la sesión de la que os he hablado suscitó en mí un sentimiento de inutilidad. Algo de este sentimiento se transparenta en mi ocurrencia contratransferencial en esta sesión, cuando los insultos de Mateo evocan en mí el pensamiento de mi insuficiencia, mi “inutilidad” lingüística en la materia. Esta ocurrencia contratransferencial representa así probablemente un intento por mi parte de aligerar humorísticamente el peso de los sentimientos de incapacidad que Mateo despierta en mí, más precisamente que deposita en mí. Prefiero sentirme lingüísticamente disminuida en el terreno concreto del insulto que inútil en tanto que terapeuta.

Estas presiones de Mateo eran constantes. Ante su violencia y su provocación, era inevitable que yo me sintiera con frecuencia tentada de asumir una actitud rígida y coactiva, similar a la que Mateo reprochaba a su padre. En otras ocasiones por el contrario el riesgo era de infligirle una culpabilidad insoportable a través de una posición de víctima masoquista similar a la de la madre. Hay que decir que Mateo me empujaba sutil y eficazmente en estas dos direcciones. Pero quizás la tentación más acuciante era la de colocarme en la posición de figura parental idealizada, la buena terapeuta que sabe tratar al pobre niño mejor que sus padres. Una vez comprendido esto, resultó más fácil identificar el valor de un fantasma

contra-transferencial particularmente importante. Así, ocurría a veces que yo me sorprendía pensando durante la sesión en la inadecuación de los padres, echándoles la culpa de los horrores que Mateo y yo vivíamos en el momento presente.

Lo interesante es que la aparición de este fantasma en mi contratransferencia me permitía tomar conciencia de la reactualización en la sesión de una situación en la que Mateo hacía que el adulto se sintiera inútil, incapaz e inadecuado. De esta forma, este fantasma reparativo del terapeuta: “yo soy más adecuado, mejor que los padres” o “yo debo ser más adecuado, mejor que los padres” era así el equivalente del movimiento proyectivo identificado en la viñeta clínica que os he contado: “que sean ellos y no yo, los inútiles”. Así, la teoría traumática del terapeuta puede vehicular y racionalizar un movimiento proyectivo, en el que la responsabilidad es atribuida al exterior en lugar de ser examinada en el aquí y ahora. El problema es que, cuando el terapeuta se deja llevar por un movimiento evaluativo de este tipo pierde la posibilidad de identificar el fantasma inconsciente que está actuando en ese preciso momento, y por tanto pierde la posibilidad de ayudar a su paciente a comenzar a transformarlo.

Pienso que este tipo de complicidades inconscientes de tipo defensivo que consisten en idealizar y falsificar la relación terapéutica no puede sino entorpecer la transformación profunda de los paradigmas relacionales inconscientes del paciente. Compartir con el paciente la ilusión de que el terapeuta y el paciente pueden mantenerse encerrados en una idealizada burbuja de bondad y de relaciones sanas mientras que los demás, como diría Mateo, son unos inútiles, no puede sino entorpecer el proceso terapéutico. En estos casos de colusión inconsciente en torno a la idealización de la relación terapéutica, la terapia puede parecer a primera vista más fácil y la relación más constructiva puesto que los conflictos son evacuados al exterior. Se pueden así evitar momentos dolorosos en la terapia como consecuencia de re-introyecciones de lo proyec-

tado con los consiguientes sentimientos de responsabilidad, culpa e inadecuación personal. Pero el precio a pagar por esta colusión inconsciente es con frecuencia sumamente elevado. Este precio consiste con frecuencia en un reforzamiento de los clivajes y las defensas. No es raro que este tipo de complicidad, al fortalecer momentáneamente las defensas, resulte en mejorías superficiales y sintomáticas. Paralelamente, sin embargo, se reduce la posibilidad de momentos de integración y cambio psíquico como el de esta viñeta. En mi opinión se puede aspirar a un cambio psíquico profundo y duradero fundamentalmente a través de la repetición de momentos integrativos como el que he expuesto de la terapia de Mateo.

En resumen, me parece que, en la psicoterapia de los trastornos de comportamiento, es fundamental una determinada actitud del terapeuta que evite las actuaciones y que permita a su paciente identificar y modificar sus paradigmas relacionales inconscientes. Como consecuencia de la integración de los aspectos anteriormente clivados, se producirán cambios en la capacidad de simbolización del niño que le permitirán pasar gradualmente de un funcionamiento predominante según un modo de acción a un funcionamiento más evolucionado según el modo del pensamiento. El niño y el adolescente podrán así establecer un mayor contacto con la realidad, mejorando las capacidades relacionales y la autoestima, todo lo cual contribuye a una mejor salud psíquica y una mayor calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

- BION, W.R. (1962): Learning from experience. Karnac, London.
- FREUD, S. (1910-11): Los dos principios del funcionamiento mental. Obras completas, tomo II, Biblioteca Nueva.
- HINSELWOOD, R.D. (1989): Dictionary of kleinian thought, Free Association Books, London.
- KLEIN, M. (1932): El psicoanálisis de niños. Obras completas, tomo 1. Paidós.
- LEARY, K. R. (1989): Psychoanalytic process and narrative process: a critical consideration of Schafer's «Narrational Project». Int. R. Psycho-Anal., 16:179-190.
- LEARY, K. (1994): Psychoanalytical «problems» and post-modern «solutions». Psychoanal. Q., 63: 433-465.
- MANZANO, J. (2007): «La part des neurosciences dans les constructions psychanalytiques. L'exemple du développement précoce». Rev. Franç. Psychanal. (2): 327-37.
- STERN, D. N. (1985). The Interpersonal World of the Infant.1-294, New-York, Basis Books
- WINNICOTT, D.W. (1951): Objetos y fenómenos transicionales. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis, Laia, Barcelona.