

## EVALUACIÓN DEL NIÑO GRAVE: DOS O MÁS EN LA CONSULTA\*

Edith Bokler Obarzanek\*\*

¿Cómo abordar la desconcertante sensación de que cada niño psicótico o autista parece diferenciarse por completo de cualquier otro que hayamos visto antes? La variedad de manifestaciones superpuesta a la diversidad de herramientas de evaluación nos confronta a un sinnúmero de interrogantes. Añadamos las divergentes teorías, tanto en el espectro amplio que va de la clínica biologicista a la psicógena como las vertientes dinámicas (Klein, Mahler, Tustin,...) y el desconcierto y la incomunicación interprofesional y con los padres están asegurados.

Entonces, ¿cómo valorar lo diferente si todo se repite, pero en proporciones y entrelazamientos tan idiosincráticos que la singularidad de cada niño desborda la rigidez, estereotipia y perseverancia común a todos ellos? ¿Cómo arribar a una mirada integral de un ser en desintegración y fragmentación? ¿Cómo, dónde, con qué recursos resulta más fecunda la observación?

Nuestra propuesta es incorporar las tareas de observación en el espacio terapéutico del Hospital de Día. Tustin habla de una evaluación extendida en el tiempo que, a través de "*detalles microscópicos*", sólo observables en "*los pequeños detalles de la vida cotidiana*" permite arribar a una comprensión del

---

\* Comunicación libre presentada en el XVIII Congreso Nacional de Sepypna que, bajo el título "Psicosis infantil: una visión actual", se desarrolló en A Coruña del 20 al 22 de octubre de 2005.

\*\* Psicóloga.

niño. Así, con tiempo y sensibilidad, el observador iniciará un acercamiento que más tarde será incorporado en una secuencia más amplia, para beneficio del niño en la conquista de su identidad y para nosotros, en la comprensión de la psicosis.

En la práctica bipersonal de la consulta sabemos que algunos aspectos pueden ser abordados con igual minuciosidad y extensión. Otros quedan soslayados. En el espacio grupal podemos observar al niño en interacción, con su particular modo de organizar las experiencias, su temperamento, sus patrones regulatorios y las diferencias individuales en el desarrollo. La extensión en el tiempo y variabilidad de situaciones facilita a su vez conocer el funcionamiento más genuino de los padres.

Las características que O. Kernberg propone en el tratamiento de las patologías severas: neutralidad, flexibilidad, apertura, no estructuración, calidez, tolerancia e interés, tan necesarias para influir gradualmente en los conflictos intrapsíquicos, pueden extenderse también al proceso evaluativo. Esta propuesta no deja de responder en lo esencial al **método analítico**, pero manteniendo una actitud de disponibilidad y plasticidad que nos permita ser cuestionados y modificados por la experiencia.

Consideramos central a nuestra evaluación dos aspectos: los relacionales y la comprensión de las estereotipias. Lo **relacional** tiene un escenario de observación privilegiado en el Hospital de Día ya que permite el **encuentro** con un niño singular en acción y remite nuestra tarea a un trabajo de arqueología en el que a partir de pequeños fragmentos descubrir al ser que en potencia pelea por la existencia. Todo ello posibilitado por una evaluación prolongada en el trabajo psicopedagógico grupal, recreos, comidas, actividades de autonomía, despedidas y reencuentros múltiples.

La observación durante un lapso sustancial, en un escenario sostenedor, seguro y no excesivamente estimulante, en el que interacción y juego están alentados, en la cercanía de cuidadores-progenitores, con escenarios múltiples y cantidad y calidad de acercamientos y modalidades de relación, dan

oportunidad para la aparición de los límites y potencialidades de estos niños.

Surgirá más tarde el desafío de la integración de los diversos resultados y miradas en una formulación coherente que posibilite una comprensión fecunda junto a la ineludible tarea de entregar un diagnóstico a los padres y profesionales intervinientes.

Proponemos una lectura diagnóstica de las **estereotipias** como aquellos recursos compensatorios utilizados para evitar el desasosiego y mantener la ilusión de un mundo bajo su control, desbordando la concepción de síntoma que Winnicott dio: *“la lucha en pos de la libertad instintiva en relación con los temores internos que paralizan”*. La estereotipia sería así una transacción absolutamente rudimentaria y plana, en el sentido bidimensional del que habla Tustin para estos niños.

La variedad de encuentros con estos pacientes nos remite a la concepción winnicottiana de **encuentro de:** *“dos que juegan juntos”*. Subyace a esta propuesta la idea que la técnica, el método o la palabra son el tercero que interviene. Y, si el jugar como una emergencia espontánea del niño, es a la vez que constituyente del psiquismo, su más potente aliado en la cura, ¿por qué no aplicar esta misma idea a nuestra tarea diagnóstica? Si el juego es entendido como un intercambio, como un diálogo real con el mundo interno, el niño que nosotros vemos trae un monólogo, frases y palabras sueltas. Frente a la ausencia de juego, frente a esa borradura psíquica, en el discurrir de una actividad monótona, con dos o tres palabras o actos que se repiten sólo nos resta poner “en juego” la aceptación del *“sin sentido”*. Y construir desde un atisbo de creatividad, con los fragmentos, en los límites. Entonces, bajo el signo de esa misma insistencia del sonido o gesto, debemos perseverar en la búsqueda de un significado que dé sentido a ese fragmento. Como el arqueólogo que coloca el primer trozo aún incomprensible en una posición a la espera de otros hallazgos, así nosotros buscaremos abrir el camino en la búsqueda de un self escondido.

Describiré de forma resumida el trabajo en el Hospital de Día con niños de hasta seis años, trabajo comprometido con una evaluación que intenta agotar el circuito de deambulación tan corriente en estos casos. Con la mirada puesta en los aspectos relacionales y las estereotipias ampliamos con el interjuego entre la exploración individual y grupal la mirada sobre las vivencias subjetivas y las modalidades de interacción. Junto a los déficits instrumentales siempre variables y complejos exploramos las angustias y los trastornos relacionales para hacer posible la tarea de reinscribir al niño en un modo relacional diferente.

La evaluación extendida que utilizamos consta de tres a cinco entrevistas individuales, una semana de observación grupal de cinco horas diarias, dos o tres entrevistas familiares y contactos con la escuela o centro de atención. La **consulta inicial**, realizada por la psiquiatra, es una entrevista semi-estructurada y escasamente directiva que permite construir la historia evolutiva haciendo hincapié en aquellos acontecimientos que dan cuenta de la actual situación clínica. Junto a este hilo argumental, las anotaciones al margen del modo de interactuar del niño con los padres y objetos en la consulta. Este material servirá de base al Equipo para diseñar las estrategias de evaluación más adecuadas para cada uno de los pacientes elegidos.

En el inicio de la evaluación individual la **hora de juego estructurada** permite, empleando un material lúdico lo suficientemente pautado, crear un clima de confianza ente el adulto y el niño, que será el paso previo para otros instrumentos que por su complejidad suelen incrementar la ansiedad.

Patricia es una niña menuda y vivaz. Tiene 4 años y medio y ha sido evaluada a los 3 años con hiperactividad. El S.S. M de zona sospecha la existencia de un TGD. Los padres no se pueden hacer con ella, no acepta normas, es inadecuada en el trato y tiene un fuerte control omnipotente. Con 2 años caen en la cuenta que lleva un tiempo arrancándose el cabello y comiéndolo. Diagnosticada de Tricotilomanía no consiguen seguir las pautas y cortan por la sano. Le cortan el pelo.

La primer evaluación individual. El rellano y la escalera de acceso a nuestro sector nos han enseñado muchas de las habilidades motrices de nuestros niños y nos ha hablado de sus capacidades emocionales para sostener un espacio de transición. Patricia se separa de su madre despreocupadamente y sube las escaleras con una ligera torpeza sin mirar atrás. Su excesiva familiaridad con todos nosotros nos sorprende. Iniciamos la evaluación con una hora de juego estructurado, dada su escasa capacidad de concentración. Comprende las consignas y realiza todas las actividades, pero se cansa rápidamente y pide tijeras “Soy del equipo del recorte”, dirá mientras corta trozos de papel, “trozos de Patricia”, como ella alguna vez los llama. Luego vendrá el intento infructuoso de pegarlos sobre un papel. Más tarde dirá guarrerías, pedirá agua y la arrojará al suelo para tener motivo de fregar, su actividad predilecta. El cuerpo y la cabeza de Patricia son esos trozos desmembrados que no ha podido reunir.

Las **horas de juego libre**, entre 2 y 4, resultan la tarea diagnóstica individual de mayor interés. La lectura de este material permitirá perfilar la inclusión del niño en el espacio grupal más apropiado a sus características y será la puerta de entrada a su mundo subjetivo, al conocimiento de sus vicisitudes internas que luego traduciremos con las claves de nuestro alfabeto teórico-clínico. Conoceremos su adecuación o no a la realidad, su creatividad o falta de ella, su tolerancia a la frustración y la puesta en juego de las estereotipias.

De ser factible aplicamos técnicas proyectivas que también deben darse desde premisas más abiertas que permitan sortear las características más reiteradas de nuestros niños: control omnipotente, oposicionismo y un alto nivel de angustia o ansiedad.

Patricia y el CAT. Está en el despacho pendiente de todos los ruidos, ha retenido los nombres de todos los adultos del equipo y pregunta infatigablemente las mismas cosas. Su conversación graciosa y llena de anécdotas recuerda una sucesión

de fotocopias de charlas de adulto. ¿Es ella quien nos habla o son las palabras que toma prestadas de los otros? Patricia se excita y chilla. Comenzamos y sus desvaríos y confusiones aumentan. El habla excesiva se convierte en un discurso pobre y carente de fantasía. Poco o mucho hemos conseguido según se mire. Las secuencias que plantea son ilógicas, los personajes no interactúan, las omisiones son llamativas, decir una cosa y la contraria es la regla. “Están durmiendo, están despiertos... El mono, que es conejo, que es un perro...”. El monto de ansiedad es excesivo y tenemos que abandonar la prueba.

Fuera del despacho mira los juguetes y elige un maletín de médico. Mantenemos una larga y casi coherente conversación mientras me atiende. Ella me “saca todos los pelos que me ponían enferma”, luego con las tijeras se convierte en peluquera. ¿Quién es Patricia, para el CAT?, ¿la niña sin adecuación perceptiva, llena de distorsiones, de discursos ilógicos, sin creatividad o esta otra capaz de un juego simbólico, capaz de dar estructura y secuencia a una historia y realizar discriminaciones? De algo no cabe duda. Patricia viene a curarse, Patricia hecha pedacitos, con su cabeza-pelos desarmada necesita ser arreglada y nos conmina a que usemos todos los instrumentos de nuestro maletín mental para entenderla.

En los **aspectos cognitivos** nos interesamos por los déficits en el terreno de la sensorialidad, la percepción espacial, el lenguaje, la memoria y la simbolización. Nos valemos de instrumentos psicodiagnósticos estandarizados como el Mc Carthy, WISC-R; Brunet-Lezine, escalas de inteligencia o de desarrollo que más nos permiten hacer inferencias cualitativas que cuantitativas.

Miguel, un niño excesivamente formal, realizó un WISC-R ajustado a su edad en casi todos los ítems, cuando llegó el momento de recordar el cuento que evalúa memoria y lenguaje fue incapaz de seguir la consigna. En su reemplazo hizo un relato repetitivo y complicado de una historia que requería de habilidades lingüísticas y de memoria que superaban a las del ejemplo. Sus intereses restringidos y su compulsión a repetir

una misma escena, hacían su aparición. Un instrumento diagnóstico alejado del mundo subjetivo del niño señalaba un rumbo desde un lugar insospechado. De allí en adelante el Miguel más genuino mostraba que estaba sujeto a fantasmas aterradores que conjuraba con sus compulsiones. El otro niño, el formal, era un “como sí”.

Para la valoración pedagógica establecemos contacto con el centro escolar lo que nos permite validar y focalizar aspectos ya tratados con los padres o vistos a través del niño, para entenderlos desde una perspectiva diferente y contextualizar algunas de nuestras apreciaciones.

La **observación clínica en el Hospital de Día** es el elemento esencial que nos permite valorar los modos relacionales con pares y adultos, su capacidad de adaptación, el funcionamiento en un entorno terapéutico y la conducta alimentaria.

Lidia, de 5 años y medio, comenzó a rechazar los sólidos y lleva 2 años tomando biberones. En las actividades grupales se mimetiza con los otros niños. Come poco, negociando, y vomita. Se angustia al recordar a sus abuelos fallecidos y la llevamos al despacho. Da vueltas como dando cuenta de lo que circula en su cabeza y recordando la entrevista inicial nos da su propio motivo de consulta. “¿Yo no sabía que era yo?”. Con esta pregunta comienza el largo monólogo de una niña escindida y fragmentada con una producción francamente delirante y psicótica. Pudo transmitir vívidamente su sensación escenificando un terremoto. Lidia está sufriendo y el biberón le da la ilusión de un tiempo calmo, sin terremotos. Lidia necesitó vomitar palabras para comenzar a comer con algo más de regularidad.

A veces el eje de la observación se desplaza desde el síntoma más llamativo y lleva la observación por otros derroteros que requieren nuevos contactos.

Con Lidia fue necesaria una segunda entrevista a la cual sólo acudió la madre. Tras las preocupaciones más evidentes en torno al trastorno alimentario existían acontecimientos tanto o más estridentes desde nuestra mirada que desde la de la madre. Lidia no podía separarse de ella físicamente, no podía despren-

derse de aquella mujer a la que maltrataba y trataba de bruja. Sus pensamientos giraban en torno a muertos y cementerios.

Nada de esto le parecía relevante a la mamá de Lidia. Dos cánceres de extrema gravedad estaban atravesando el cuerpo de esta mujer en los tres últimos años. Preguntada por su situación anímica decía no sufrir por ello. Desaparecía por largos períodos debido a sus ingresos sin dar ninguna explicación, el padre continuaba en la casa familiar y Lidia era llevada a casa de su abuela. La falta de contención, las ausencias parentales, una madre que se cae a pedazos y una niña que se responsabiliza e identifica con un objeto al cual teme haber destruido. Para evitar ese dolor se fragmenta, pensar duele. Por ello Lidia se pega a los otros niños y hace lo que los otros hacen y dice lo que los otros dicen. Sus alternativas eran un vacío infinito o el terremoto. Lidia sólo podía existir siendo un bebé fusionado con su madre. El trastorno alimentario ya deja de ser el eje de nuestra atención: está asomando la psicosis.

Finalizamos con la **entrevista de devolución** que conlleva la posibilidad de generar una comprensión diferente por parte de los padres. Debemos ayudarles a *“encontrar su capacidad de ilusión anticipadora frente al hijo”* e iniciar una reflexión conjunta sobre las indicaciones terapéuticas y el cómo organizarlas para lograr su eficacia.

Con Iván realizamos una delicada tarea de desmontaje de un sinfín de actividades (logopedia, psicomotricidad, ludoteca, piscina,...) que no le permitían crear vínculos estables con unas pocas personas de referencia.

Ha concluido una etapa, hemos intentado sortear desde una mirada amplia el desconcierto de esa diferenciación tan extrema de la que hablábamos al inicio. Permittiéndonos el asombro ante esos pequeños detalles, consiguiendo no acotar una evaluación que puede ser tan rica, aplicando sólo lo aprendido en libros de forma defensiva, aunque ello implique el encuentro directo con la angustia psicótica y desintegrativa. Frente al aislamiento y la estereotipia insistimos en el encuentro. *“Somos mucho más que dos”*.



## **EL VÍNCULO CON EL ADOLESCENTE QUE NO HABLA Y LA PSICOTERAPIA COMO ARTE DE LLEVAR LA CONVERSACIÓN**

*La conversación deja siempre huella en nosotros. Lo que hace que algo sea una conversación no es el hecho de habernos enseñado algo nuevo, sino que hayamos encontrado en el otro algo que no habíamos encontrado aún en nuestra experiencia del mundo. La conversación posee una fuerza transformadora. Cuando se logra, nos queda algo, y algo queda en nosotros que nos transforma. Sólo en la conversación (y en la risa común, que es como un consenso desbordante sin palabras) puede crearse ese género de comunidad en la que cada cual es él mismo para el otro porque ambos encuentran al otro y se encuentran a sí mismos en el otro.*

*H-G Gadamer (1)*

Quisiera presentar el caso de José, un varón de 19 años, que llega a mi consulta a través del psiquiatra que trata a su hermana, cinco años mayor.

### **La narración del derivante**

Ella, la hermana de mi paciente, es, por lo que me cuenta por teléfono su terapeuta, una paciente muy grave, diagnosticada de trastorno de personalidad borderline, muy problemática desde los 12 ó 13 años. Con múltiples y desconcertantes síntomas somáticos a los que finalmente se atribuye un origen psicógeno, ha sido atendida en los servicios de oftalmología y traumatología, llegando a ser intervenida quirúrgicamente en dos ocasiones de una rodilla. Durante años presenta una muy preocupante alteración del comportamiento alimentario, un inquietante consumo de tóxicos... Clínicamente está estable en la actualidad, y el derivante sugiere que es este momento de tranquilidad familiar el que permite que José encuentre un espacio para hacer oír su queja.

## EL RELATO TELEFÓNICO DE LA MADRE

Fijar una cita supone ya una primera conversación telefónica con la madre del paciente. Ésta, simpática, habladora, tolerablemente invasiva, aparece encantada con la posibilidad de hablar un momento conmigo, expresarme su preocupación por su hijo, dejarme clara su disponibilidad para cualquier cosa y manifestar su esperanzada confianza en mi trabajo. José es presentado ya como “un chico estupendo, pero que es incapaz de centrarse en el trabajo, que es que no le echan porque su jefe es su tío, que está muy cabreado siempre, que no se le puede decir nada porque se pone que es que no hay forma, y que además bebe una barbaridad los fines de semana, que a ella es que le preocupa mucho, que luego coge el coche...”. Propone una primera entrevista en la que ella y su marido acompañen al paciente, “y luego ya que sea él el que cuente sus cosas”, “que ella no se quiere meter”.

## EL ENCUENTRO CON EL PACIENTE Y EL ESCENARIO FAMILIAR

En nuestro primer encuentro, el paciente, flanqueado por sus padres, permanece inicialmente silencioso y sumiso, mirando al suelo, y deja que sean ellos, ambos policías, quienes lleven la iniciativa de insistir en que “lo ven muy descenrado, muy despistado”, y, como apunta su padre, “muy agresivo, aunque su fondo sea fenomenal”.

Alto, fuerte, seductor, José asiente al relato de sus padres, y despliega una sonrisa enorme para admitir que todo ello es cierto, que también es verdad que consume mucho alcohol los viernes y los sábados (por lo menos diez whiskies con coca-cola cada noche), que no se le está dando bien el trabajo en el taller de chapa a las órdenes del hermano de su madre, que se enfada mucho y muy fácilmente... Y que no sabe por qué.

Los padres dibujan un escenario familiar marcado por la enfermedad de la hermana de José que, ausente en la reunión

es sin embargo la más presente, dado que a ella se le concede el papel protagonista en la reciente historia de la familia y se coloca en ella el origen de un drama que ha marcado a todos y en especial a mi paciente. La enfermedad de esta chica ha originado lo que sus padres llaman “un resquebrajamiento del núcleo familiar”. Durante años no ha existido otro problema que el de ella y su enfermedad, dadas las situaciones que constantemente les hacía vivir. Retratan a una adolescente en constante “acting”, que arrolla a todos en su onda expansiva, que desborda por completo a unos padres que penosamente sobrellevan lo sucedido apoyándose en los psicofármacos y que deja a José entre el desamparo y la necesidad de convertirse en adulto a toda prisa.

## **EL PACIENTE**

Sin embargo, recogiendo datos sobre la historia del paciente, lo cierto es que fue él quien primero precisó asistencia de índole psicológica, dado que llegó a acudir a un centro psicopedagógico, al parecer poco antes de que se iniciasen los problemas de su hermana. Tenía ocho años y presentaba algunas dificultades en el colegio donde se distraía con facilidad, era muy revoltoso y le costaba terminar las tareas. No era infrecuente, además, que pegase a otros niños y les quitase sus cosas. De una energía desbordante, muy inquieto, su pobre rendimiento académico no era fácilmente explicable dado su potencial y se atribuyó a dificultades de atención y concentración, enfatizándose el papel jugado por una superprotección materna, que influía negativamente en su sentimiento de autoeficacia. La lectura detenida del informe que traen permite hacerse una idea de la prolongada pegazón que caracteriza a la muy erotizada relación entre José y su madre. Se explicita que “los dos son muy mimosos y cariñosos, y que además les gusta manifestar esta conducta delante de los demás”. Se apunta dentro del apartado dedicado a las pautas familiares

que habría de aprovecharse la nueva habitación de que dispondrá el paciente en ese momento para ir “poco a poco sacándolo de la cama de su madre” aunque se aclara que “eso no significa que los dos no puedan jugar un rato antes de que José se vaya a dormir”. En cualquier caso, sí se insiste en que su padre “podrá irse a la cama cuando tenga sueño”, y que “no tendrá que esperar a que José y su madre hayan terminado sus juegos o a que José se haya quedado dormido”. El padre, “con el que el paciente se lleva muy bien y al que le gusta parecerse” está llamativamente ausente, se inhibe a la hora de participar en los juegos y las actividades de José y elude la función paterna de corte, separación, ley y orden.

Durante dos años el paciente acudió dos veces por semana a este centro psicopedagógico y sus padres recibían algunas pautas a seguir. Es por esta época cuando empiezan a despuntar los primeros problemas en su hermana y, poco después, cuando se produce el estallido psicopatológico que marca los siguientes años de la historia de la familia. A partir de ese momento, la imagen de José queda oscurecida y acallada por el ruido circundante.

## **EL PACIENTE EN EL MOMENTO ACTUAL**

Con 19 años, el paciente aparece de un modo que coincide con la presentación que de él se hace. Simpático, bondadoso, despistado, perdido, deseoso de ser ayudado. Y con enormes dificultades para expresarse con palabras.

Nació y vive con su familia en uno de los barrios tradicionalmente considerados, quizás hoy no tanto, marginales dentro del municipio de Madrid. La ambivalencia marca la relación con sus padres y su hermana. Con esta última se siente muy comprometido y la cuida y protege como si fuese la pequeña. Parece querer mucho a todos, y también estar harto de ellos, cansado de los problemas de casa, de los que dice no querer saber ya nada, al tiempo que se implica y se preocupa enor-

memente por los problemas de su hermana, por su madre, que ha tenido una reciente mastectomía por un cáncer del que sigue en tratamiento, por su padre, que ha tenido múltiples sinsabores profesionales. Pero no quiere que le cuenten nada, dice. Ni contar él nada tampoco. Quiere que le dejen en paz, y elude muchas veces los espacios comunes, las comidas, por ejemplo, para evitar el contacto.

Trabaja como chapista en el taller de su tío y se aprovecha con frecuencia de su condición de sobrino favorito. Habla de este hermano de su madre como de una importante figura de identificación, y expresa con una mezcla de gusto y pesar lo mucho que se parecen. Ambos son explosivos hasta la violencia, con profundo y sincero arrepentimiento posterior. Se siente muy exigido tanto por él como por su madre, por las expectativas que en él se han depositado y que siente que no está pudiendo satisfacer. "No se le están dando tan bien las cosas como su tío se esperaba". "Él pensaba que le iba a poder hacer responsable del taller en poco tiempo y está viendo ahora que no". Tiene además muchos problemas relacionales allí, y son frecuentes los encontronazos y las discusiones con los compañeros y los encargados.

Es excesivo en general, en el consumo de alcohol, y de cocaína y pastillas como poco a poco me irá revelando. También en el gasto de dinero, que se le va sin darse cuenta. A este respecto, me sorprenden en la primera entrevista al revelarme que recibe una asignación semanal de sus padres a pesar de que tiene un sueldo fijo, lo que cuestiono al tiempo que propongo como un recomendable planteamiento de partida que habría de ser él quién se hiciese cargo de mis honorarios, algo que él acepta de buen grado.

Trabaja mañana y tarde durante la semana. Llega a casa, cena y se acuesta temprano. Duerme mucho. Así todos los días. Hasta el fin de semana, cuando sale y bebe a morir con sus compañeros de fatigas, amigos del barrio de siempre, en un funcionamiento que pasa por intoxicarse para desconec-

tarse y no pensar, en actuar, en experimentar corriendo riesgos muchas veces, violando la ley o mostrándose agresivo gratuitamente. O, en una vertiente más dulce, en explotar su lado caradura para acercarse a las chicas, con las que tiene bastante éxito aunque elude sin tapujos establecer una relación como tal. Me da la impresión muchas veces de anhelar un espacio de juego en el que no existan los problemas y en el que la expresión y la puesta en escena de sus pulsiones no tenga consecuencias.

## **EL VÍNCULO, LA NARRACIÓN, LA CONVERSACIÓN**

La iniciativa personal del paciente por iniciar una psicoterapia es lo primero que me asombra. En el caso de que hubiese sido su entorno el que hubiese forzado una demanda de tratamiento, el paciente podría haberse zafado con facilidad dada su habitual firmeza para eludir lo que no quiere encarar. Antes al contrario, su motivación impresiona de propia, y en ese mismo sentido apunta su compromiso y su constancia al cumplirse el primer año de tratamiento. No deja de resultarme llamativo que un chico de sus características, con su gran dificultad para pararse, más si es a pensar, demande una terapia privada y cumpla con el encuadre con rigor. No falla casi nunca, avisa si va a faltar y paga espontáneamente las apenas dos citas a las que no ha acudido sin advertirlo con anterioridad. Acude puntual, pero, desde luego, espera que sea yo quien hable, y se molesta enormemente si mi propuesta conversacional va por donde a él no le gusta. “No quiero hablar de eso”, se enfurruña, y su enojo y su nerviosismo crecen si permanezco en silencio o si le cedo la iniciativa para que hablemos entonces de lo que quiera él. En ocasiones me asalta la fantasía de que se levantará y se irá. No recupera el sosiego si yo no cambio el tono y la dirección de mis preguntas.

El vínculo que ha establecido conmigo parece haberse construido con cierta facilidad, sin excesivos roces ni crispa-

ción, me gustaría pensar que porque ha podido percibir en mí una preocupación que es respuesta a su malestar. Y una tolerancia a la enorme dificultad que tiene para, una vez en mi consulta, hablar, poner en palabras sus sentimientos, construir un relato, conversar conmigo.

Tal y como plantea Holmes (2), la meta de la psicoterapia, tanto dinámica como cognitiva, es lograr hacer más consciente la propia vida mental, y propone como equivalente psicológico de la capacidad inmunológica a la “capacidad narrativa”. Así, la ayuda psicológica, que él considera muy relacionada con el apego seguro, dependería de una dialéctica entre construir relatos y romper relatos, entre la capacidad de construir una narrativa y descomponerla a la luz de una nueva experiencia. Habría de poder explicarse una historia coherente y, al tiempo, permitir que la historia pueda contarse de una manera diferente, quizás más curativa.

En el caso de José, el problema reside en cómo desarrollar verdaderamente este proceso dialéctico. Gadamer alude a la dialéctica como el arte de saber llevar la conversación, y resulta incuestionable en el caso de este paciente que conversar con él, acceder a su relato, construir con él una narrativa alternativa, no es en absoluto sencillo.

En el diálogo verdadero, propone Gadamer (3), dos personas, en una curiosa y estrecha unión, van tejiendo los hilos de la conversación, y tiene lugar esa apertura de una a otra que permite que los hilos de la conversación puedan ir y venir. Se precisa una disposición abierta para que pueda siquiera emprenderse, iniciarse una conversación, toda vez que tal inicio supone un tantear y un aproximarse, un entrar paso a paso en diálogo, de modo que puedan verse envueltas finalmente en él, haciendo posible el surgimiento de esa “primera comunión irrompible entre los interlocutores”. En mi pretensión de convertirme en interlocutor de José, de abrirme y abrir una conversación con él, en mi deseo de que el diálogo nos envolviese de un modo ya difícil de romper, he sentido siempre que se había

de prestar mucha atención a ese tanteo, a ese tiento espontáneo con el que yo debía de aproximarme a él y dejar que él se aproximase a mí, a ese ir tejiendo los hilos del diálogo. El verdadero diálogo precisa de unas determinadas condiciones, y su auténtico carisma sólo está presente en la espontaneidad viva de la pregunta y la respuesta, del decir y dejarse decir.

Mi paciente y yo concurrimos al encuentro terapéutico cada uno desde nuestra individualidad, cada uno desde nuestro horizonte hermenéutico, y es mi tarea la búsqueda de esa fusión de horizontes y la consecución, a través de la conversación, con sus objeciones o su aprobación, su comprensión y sus malentendidos, de esa especie de ampliación de su individualidad, de esa profundización en el nivel de conciencia de la propia vida mental, de esa construcción de una capacidad narrativa que permita al paciente cuidarse más y vivir mejor, con menos ruido, sin tanta necesidad de aturdirse para neutralizar la realidad y en un mayor y mejor contacto con su deseo. De modo que también ese “me ven mejor” en casa o en el trabajo del que habla últimamente pueda pasar a un verse él mismo mejor, y a un contarse él mismo mejor su propia historia.



## BIBLIOGRAFÍA

GADAMER, H-G. *“La incapacidad para el diálogo”*, 1971. En Gadamer H-G. *Verdad y método II*. Salamanca, Ediciones Sígueme, 2004, sexta edición.

CITADO EN FONAGY P. *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona, Espaxs, 2004, pág. 157.

GADAMER H-G. *Op. Cit.*