

Davanloo y Wachtel, dos enfoques sobre la resistencia

Guillermo Mattioli

Resumen

Aunque en la actualidad el concepto de la resistencia haya perdido buena parte de su lustre, no debemos olvidar que ocupa un lugar de preeminencia en la historia del psicoanálisis. En este artículo (originalmente notas de clase para el Máster de Psicoterapia de la Complutense de Madrid, cuyo tono cuasi telegráfico y coloquial conservan) me ocuparé de describir y comparar las posiciones de dos autores muy diferentes, pero que tienen la virtud de definir muy claramente sus ideas sobre la resistencia. Sus libros son verdaderos manuales, con todos los pros y contras que se les atribuyan a este tipo de obras en nuestro campo.

El más tópicamente psicoanalista es sin duda Davanloo, con su compacto «desbloqueo del inconsciente» y su tratamiento a presión de las resistencias. Wachtel en cambio, que comenzó como un estudioso de las diferencias entre conductismo y psicoanálisis se ha convertido con el tiempo en un eminente abanderado de la integración entre las psicoterapias, proyecto que suele provocar las mismas alergias en todos los candidatos a ser integrados. Las obras de ambos autores han sido parcialmente traducidas al castellano y pueden ser consultadas con provecho tanto por el clínico como por el lector interesado en la historia del frondoso árbol genealógico que constituye en la actualidad la literatura psicoanalítica.

1. Davanloo, o el desbloqueo del inconsciente

En las últimas líneas de la segunda edición de su *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*, hablando de la resistencia intratable, es decir, de aquellos pacientes cuyas defensas están firmemente enraizadas en su carácter o de aquellos que parece que lo elaboran todo pero que de su vida no cambian nada, Malan (1995,

pp. 283-285) menciona a Davanloo como el autor del método capaz de ayudarlos, reconociendo sin embargo que su método es difícil de asumir por la mayoría de los terapeutas.

La apreciación es en mi opinión correcta. Davanloo ha desarrollado un modelo de terapia breve que apunta decididamente a tratar con las resistencias, pero también de un modo muy poco empático, por lo que incluso algunos de sus discípulos están trabajando en suavizar su técnica. (Todo esto está en el libro de Malan que he mencionado).

Para ocuparnos directamente de nuestro autor, comenzaremos haciendo una descripción de su manera de trabajar, contenida en su libro *Psicoterapia Breve, el desbloqueo del inconsciente* (Davanloo, 1992). A partir de ahora desarrollaré esta exposición poniéndome en el punto de vista propuesto por el autor en el mencionado libro, intercalando mis propios comentarios, expresados en primera persona.

Lo primero que hemos de aclarar es qué clase de pacientes puede soportar este desbloqueo del inconsciente y qué clase de pacientes no puede. Confío en que a lo largo del desarrollo de este tema resultará evidente que el peor error posible es intentar aplicarlo al paciente equivocado.

Este método requiere pacientes de considerable fortaleza yoica. ¿Cómo saberlo? En primer lugar por su presentación. La forma de hablar, mirar o estar sentado; todo el lenguaje corporal informa de la fortaleza personal de un ser humano. Si un paciente no mira al terapeuta, habla muy bajito o le cuesta mucho hablar, está en principio descartado para Davanloo. En la selección de pacientes interviene una parte de *feeling* y una parte de observación de su forma de presentarse y comportarse. Si me permiten una digresión, diré que el mismo criterio rige cuando hablamos de los cambios: ¿Cuándo cambia un paciente? Cuando cambia la forma, no tanto el contenido de lo que dice. ¿Cómo saber si alguien ha cambiado mucho? Cuando habla de otra manera, con otro ritmo, con otro tono, o cuando mantiene otra postura corporal respecto del interlocutor.

Es decir, cuando ha cambiado la relación que mantiene con sus palabras. Dicho sintéticamente los verdaderos cambios se expresan en el cómo y no en el qué.

De esta manera, en los primeros minutos de una entrevista se puede observar si el paciente es capaz de resistir la presión o no. Si considera que sí, Davanloo empieza diciéndole algo así como «Vamos a definir su problema». Vemos que no se trata de decirle: «Defina su problema». La idea de que son dos los que están trabajando está siempre presente; Davanloo busca establecer una alianza terapéutica inconsciente. De esta manera evita que la presión sea vivida como acusación. Pasa del *nosotros* al *usted* muy delicadamente. A veces dice «¿Cómo es posible que usted no se dé cuenta de tal cosa?», pero primero ha instalado un *nosotros* y no deja de trabajar para la alianza terapéutica inconsciente. Una vez que el terapeuta se siente trabajando en equipo con el paciente, entonces puede comenzar a presionar. Sin haber generado el sentimiento de equipo, Davanloo no se embarcaría en la tarea. Daría cuerda, crearía *rapport* y esperaría para ver qué ocurre.

Conviene reiterar que como con cualquier método bien manualizado, la selección de pacientes es una de las claves del éxito del tratamiento. El terapeuta puede encontrarse con casos complicados, que son generalmente los intermedios. Si consulta una persona a la que no le pasa casi nada, no se plantean grandes dificultades. Si consulta un esquizofrénico, tampoco se plantean problemas porque el terapeuta experimentado ya sabe qué hacer o lo que puede esperar con bastante aproximación. En cambio, si consulta un caso intermedio, es más difícil decidir el curso de acción. Estos casos son los más ricos, son los que permiten aprender.

Los casos extremos son los que permiten confirmar lo que ya se sabe o también decidir que no se llevará adelante ese tratamiento, por ejemplo, «Esto no es para mí, ya no me dedico a atender esquizofrénicos». Esta es una decisión muy importante, profesionalmente hablando: definir cuáles son los pacientes que no puedo o no deseo recibir. Puede llevar años decidirlo: «¿Qué clase de química tiene que darse entre un paciente y yo para que acepte atenderlo?», o a la inversa, «¿Qué tiene que ocurrir para que yo diga “no, mejor no lo atiende”?».

Volviendo a la técnica de Davanloo, una vez realizada la maniobra de presión se comienza con la anamnesis, que incluye la comprensión dinámica y fenomenológica de la psicopatología del paciente

así como su historial médico, psiquiátrico y social y la historia de su desarrollo mental. Observen que según enfoques más al uso, esto significa hacer las cosas al revés. Primero se desbarata al paciente y después se indaga su vida. Finalmente, se pasa a la visión directa del núcleo de la estructura neurótica y de su relación con los síntomas y las perturbaciones del carácter del paciente.

Las contraindicaciones que Davanloo establece para este tipo de tratamiento son las siguientes. No conviene utilizar este método con pacientes que se caracterizan por una estructura muy frágil del yo. Como dije antes, esto se sabe ante todo por la presentación. No hace falta ser psicoanalista para advertirlo, cualquiera puede notar que ese paciente *no tiene carácter*. También está contraindicado en pacientes que sufren trastornos afectivos graves como, por ejemplo, trastornos maníaco-depresivos. Esta información, generalmente, se incluye en la derivación. Si en la derivación se informa que el paciente sufre algún trastorno de este tipo, el terapeuta a lo Davanloo ya sabe que no es paciente para él. Si el profesional que deriva informa que el paciente es un profesional o un estudiante con algunos problemas, el terapeuta sabe que, en principio, puede atenderlo utilizando este método. En cambio, si se informa que el paciente sufre colitis ulcerosa, el terapeuta davanlooniano seguramente decidirá no aplicar este método. Otras contraindicaciones son el alcoholismo o el abuso de drogas. Si un paciente afirma ser cocainómano, el terapeuta sabe que no conviene utilizar este tipo de método terapéutico. La ventaja de esta técnica es que, al contar con contraindicaciones, permite saber cuándo utilizarla y cuándo no. El uso de este método también está contraindicado cuando el paciente presenta incapacidad para funcionar sin apoyo constante.

Estas contraindicaciones pueden encontrarse en la derivación, en la historia clínica del paciente o manifestarse durante la entrevista en forma de ruptura de la función cognitiva del yo y desorganización del proceso del pensamiento. Este último caso es el de aquella persona que está hablando y se pierde, retoma el hilo y se vuelve a perder. Su monólogo interior se quiebra. Yo diría que en general no conviene aplicar este método a personas a las que les cuesta mucho mantener un monólogo interior continuo. Percibir el monólogo interior de un paciente es un dato clínico que indica que, posiblemente, con ese paciente se pueda trabajar bien. Si el terapeuta puede percibir el monólogo interior del paciente, esto significa que lo tiene y además que se ha conectado con él.

Esto puede observarse en la forma de hablar del paciente así como en la posibilidad de anticipar sus palabras. Si el terapeuta es capaz de anticipar lo que el paciente va a decir, significa que hay una buena sintonía entre ambos. También es cierto que si el terapeuta lo anticipa demasiado existe un riesgo grave de exceso de identificación con el paciente, se acabó la sorpresa, y ambos entran en una colusión que no le servirá a nadie, siendo responsabilidad del terapeuta, por supuesto. Si las cosas van bien, el terapeuta, vigilante del riesgo de contra-identificación, sigue la argumentación del paciente, su dramática, un paso adelante como decía Freud. Aunque a veces yo casi prefiero ir un paso atrás.

La capacidad muy disminuida del yo para tolerar la ansiedad es otra de las manifestaciones que lleva a la contraindicación de este tipo de tratamiento.

¿Cuáles son los pacientes adecuados para este método? Los pacientes muy motivados y responsables, con un único foco psicoterapéutico. Es decir, aquellos que en época de Freud tenían un solo síntoma. Se dice que estos pacientes han desaparecido pero yo no lo creo. En la actualidad, aparecen más cosas que antes, ciertamente; pero también es verdad que la proliferación de teorías psicológicas ha diversificado los diagnósticos posibles. Cada vez que se crea un nuevo concepto, como por ejemplo el de la *autoestima*, se redefine todo y surge otra psicopatología. Con respecto a los pacientes adecuados para este tipo de tratamiento, Davanloo afirma que su único foco psicoterapéutico debe basarse bien en su incapacidad para hacer frente al dolor o bien en conflictos simples triangulares en relación con familiares. Los pacientes que pueden beneficiarse de este tratamiento son aquellos que manejan bien las situaciones triangulares. Esto se manifiesta en el hecho de que los pacientes cuentan historias que incluyen triángulos, también conflictos, desde luego, pero demuestran un acceso a la triangularidad. Es decir, no son personas adhesivas que sólo pueden tener *un* amigo o llevarse bien con la madre o el padre. Los pacientes adecuados para este método deben ser capaces de establecer relaciones triangulares, y manejarse aunque se encallen con conflictos a tres bandas.

Según Davanloo, en este tipo de tratamiento debe llevarse a cabo una labor de reestructuración de las defensas egosintónicas convirtiéndolas en egodistónicas. En otras palabras, convertir las defensas en síntomas. En su opinión, todos los pacientes con patologías de carácter depresivas se caracterizan por una incapacidad radical para

distinguir entre el impulso de la ira, la ansiedad que dicho impulso dispara y la defensa activada por la ansiedad. Estos tres elementos configuran lo que Malan (1995, p. 14) llama el triángulo del conflicto.

Observemos que Davanloo no menciona casi para nada la sexualidad. Permítanme una pequeña digresión. Sobre la sexualidad y el psicoanálisis, hay un artículo de Green (1995) denominado: «¿Tiene la sexualidad algo que ver con el psicoanálisis?». Comenta que desde hace unas décadas la importancia de las pulsiones sexuales ha disminuido. Aquello que tanto contribuyó a que apareciera el psicoanálisis y que Freud captó en las fantasías infantiles y las protofantasías de seducción, escena primaria y castración, aquello que alimentó al psicoanálisis durante cincuenta años ha desaparecido prácticamente de la literatura psicoanalítica. En la actualidad, casi nadie habla de conflictos sexuales. Si se los menciona, se los considera conflictos derivados de ansiedades primitivas o de déficit de autoestima. La sexualidad ha pasado de ser un factor etiológico primario, como lo era en la época de Freud, a ser un factor etiológico de apoyo. La psicopatología de Kohut (1976, 1980), por ejemplo, ha ideado la noción de *objeto-self cohesivo*. Hace años que el sexo ha dejado de ser el motor inicial, original y principal de los conflictos que llevan a la neurosis. Por otra parte, también se habla menos de neurosis. Se habla de patologías del carácter, de patologías del desarrollo, de desarrollos detenidos, de narcisos rotos.

En la teoría de Davanloo el sexo ocupa también un lugar de segundo orden. La etiología principal de cualquiera de los trastornos que aborda en este libro es la defensa contra la ira. En realidad no deja de ser freudiano por esto. Freud consideraba que el primer sentimiento del ser humano era el odio y suponía cosa muy natural que lo primero que sintiera un bebé fuera odio contra la invasión del mundo exterior. Para Davanloo, la principal característica patológica de estos pacientes es que cada vez que sienten odio, no lo manifiestan de esa manera y en su lugar aparece la ansiedad o la defensa. Es decir, en este triángulo formado por el odio, la defensa y la ansiedad, estos pacientes tienen muy desarrollado el lado de la defensa o el de la ansiedad. No llegan casi a sentir la ira. Cada vez que sienten un principio de enfado, antes de expresarlo, manifiestan ansiedad. No soportan su propio enfado. No llegan ni a sentirse enfadados que ya se ponen nerviosos y se activan sus defensas. La observación clínica de Davanloo es muy penetrante. Percibe particularidades muy singulares, joyas de la clínica.

Su forma de pensarlas podrá gustar más o menos pero efectivamente es así, para muchas personas el enfado se transforma instantáneamente en ansiedad o defensa.

A partir de la clarificación de las defensas, el trabajo terapéutico consistiría en lograr que la rabia sea rabia y el paciente la soporte. Para eso es necesario transformar las defensas egosintónicas en egodistónicas. Es como decirle al paciente: «Usted es tan digno de su rabia como su rabia de usted. No hace falta ni que huya de ella ni que se deje inundar por la ansiedad». El paciente aparece identificado con sus defensas, el terapeuta pretende que las considere parte pero no todo su ser, que se separe de ellas y que admita la posibilidad de tener otras.

Todos estos pacientes se caracterizan por una incapacidad radical para distinguir entre la ira y los otros dos ángulos del triángulo de Malan, la ansiedad y la defensa. La astucia clínica en clave freudiana que propone Davanloo consiste en desmontar la defensa del paciente. Si el terapeuta intenta realizar el desbloqueo gracias al empleo implacable de la presión y el desafío sin una clarificación previa de las defensas como *sólo defensas*, el único resultado será la enemistad y el rechazo del paciente. Esto se debe a que el paciente *es* la defensa, y si uno ataca la defensa lo ataca a él. Primero es necesario separar, «tú y yo vamos a ocuparnos juntos de tu defensa». A continuación se puede ejercer la presión. Según la argumentación técnica de Davanloo, conviene ir presionando cuidadosamente y reducir la presión en cuanto aparezca demasiada ansiedad. La observación del lenguaje no verbal es fundamental en esta tarea. Por ejemplo, imagínese un paciente que sufre un tic. Si el tic se despierta, el terapeuta deja de presionar. Todo el mundo *canta* de manera no verbal, en el cuerpo. La cuestión es saber cómo canta cada uno. El conocimiento del lenguaje corporal es esencial para este fin.

La tarea del terapeuta es ir trabajando con los dos triángulos de Malan (1995, p. 90), el del conflicto (ira, ansiedad y defensa) y el de la persona (cuyos tres elementos son el otro actual, el otro histórico y la transferencia). Cada vez que aparecen iras transformadas en ansiedad o defensa, introduce el otro triángulo, el de la persona. De todas maneras, cualquier alusión al pasado se toca superficialmente y se privilegia lo que le pasa al paciente allí con el terapeuta. Todavía no interesa conocer la biografía del paciente. El objetivo de Davanloo es eliminar toda su resistencia transferencial. Conviene leer los casos del *Hombre de Southampton*

(1992, pp. 140-160) y el de la *Mujer a la que le regalan un pene artificial en una fiesta* (1992, pp. 165-194), ya que son ilustraciones muy detalladas al respecto.

En el camino hasta lograr el desbloqueo final, en el paciente se ponen en juego dos fuerzas con las que se identifica alternativamente, aunque esto es en gran medida inconsciente. La fuerza que desea la curación se identifica con la alianza terapéutica, mientras que la fuerza que desea evitar el dolor se identifica con la resistencia. Dicho con un símil salvaje, si hay que sacarle una muela a alguien y no se dispone de anestesia, posiblemente el paciente deba aceptar ser atado para lograrlo, porque sabe perfectamente bien que es mejor que se la saquen.

Cada vez que el terapeuta habla, sus comentarios dan en algún punto del espectro que va de la alianza terapéutica a la defensa egosintónica. Puede referirse también a las defensas egodistónicas porque incluso una vez clarificadas, cuando el paciente ya se ha convencido de que sus defensas ya no son lo mejor de él, que aunque alguna vez fueron lo mejor ahora son lo peor, la tendencia a volver a identificarse con ellas es muy fuerte. Si el paciente ha sobrevivido gracias a ellas hasta hoy, ¿por qué las va a dejar?, ¿a cambio de qué?, ¿porque lo dice este señor que encima lo presiona y lo ataca?

En la tercera fase, una vez desafiadas y clarificadas las defensas, el terapeuta busca apoyarse en alianza terapéutica para volver a desafiar la defensa. Esta fase es como un segundo *round*. En los interrogatorios que relata Davanloo, pueden observar el hincapié que hace en que el paciente explique exactamente cómo se sintió. Leyendo algunos de estos interrogatorios yo pensaba «pero esto el paciente ya lo ha dicho». Sin embargo, el paciente no lo había dicho porque aún no había dicho lo que Davanloo quería oír: «rabia». Que diga «vergüenza» o «humillación» no sirve porque esos no son los sentimientos que Davanloo quiere hacer aflorar. El sentimiento es la rabia, la ira. Hasta que no aparezca la ira o alguna fantasía asesina, Davanloo no estará satisfecho. ¿Por qué? Porque su teoría de la patología es justamente esa, la que se basa en el poder patológico de la represión de la ira.

Si esta técnica se aplica a un paciente contraindicado pueden ocurrir dos cosas. En primer lugar, el paciente puede sufrir un ataque grave de ansiedad que lo lleve a interrumpir la entrevista. El paciente tal vez no tenga la fuerza como para levantarse e irse, pero puede sufrir un ataque de algo que obliga a interrumpir la entrevista. Davanloo no menciona la segunda posibilidad: que el paciente se

transforme en un devoto del terapeuta. En este caso su defensa sería complacer al terapeuta y decirle exactamente todo lo que quiere oír para acabar más rápido. Esto puede ocurrir en cualquier tratamiento, pero donde se observa a diario es en contextos de terapias coactivas. En prisiones, centros de toxicómanos, centros de menores, en lugares donde la gente no se encuentra por su voluntad y se ejerce una coacción para que el paciente realice la terapia esto ocurre frecuentemente. En estos casos, el entrevistador debe estar muy atento. Puede salir de la entrevista muy contento pensando que ha trabajado muy bien cuando en realidad está sufriendo un timo. El paciente ya ha aprendido lo que el terapeuta espera de él y lo lleva a cabo; si el terapeuta no se da cuenta, ambos resultan engañados en una especie de colusión en la que ambos satisfacen necesidades narcisistas ignoradas.

Esto significa que si por error se toma un paciente para el que está contraindicado este tipo de tratamiento pueden ocurrir dos cosas: o se corta la entrevista por una fractura del paciente o sigue la entrevista aparentemente muy bien. En este último caso el engañado no sólo es el terapeuta. Si el paciente sólo estaba buscando alguien a quien idolatrar, ya lo encontró. Existen muchos pacientes que buscan a alguna persona de quien ser devotos y en quien sentir que depositan su vida.

El motivo de estas intervenciones relativas a la defensa es conseguir que una vez que el paciente ha conocido sus defensas comience a volverse él mismo contra ellas. De esta manera, un conflicto externo entre paciente y terapeuta (paciente al que le duele hablar y terapeuta que quiere que diga las cosas con toda claridad) es llevado al interior del paciente. El paciente podrá decir: «¿Por qué no puedo ponerle palabras a mis sentimientos?». Puede ocurrir, tal como ilustra uno de los casos incluidos en el libro, que el paciente lo resuelva con una generalización: «Bueno, pero yo nunca he dicho mis verdaderos sentimientos». De esta manera, un conflicto externo se convierte en un conflicto interno entre la alianza terapéutica y la resistencia. Si el paciente no ha reconocido sus defensas como algo distinto de él aunque formando parte de él (ésta es la base de todo el método), sentirá el reto como una agresión personal. En ese caso el resultado será la enemistad y todo el proceso entrará en un callejón sin salida. En cambio, si las defensas han sido bien clarificadas, aunque en algún momento sienta rabia, su sentimiento dominante *a posteriori* será de agradecimiento y simpatía.

Davanloo explica cuáles son los dos tipos de resistencia transferencial que espera encontrar.

Una de ellas es la asociada a la ira: el temor a la expresión de la ira. La otra forma de resistencia transferencial es el temor a la intimidad con el terapeuta. Ambos tipos de temores se relacionan entre sí. Si el paciente expresa la ira, se tranquilizará, y si se tranquiliza, entrará en cercanía emocional con el terapeuta. La ira servía también para mantenerse a distancia. Los sentimientos positivos de la transferencia, al igual que los negativos, desempeñan un papel en el tratamiento. Los negativos porque el paciente tiene un conflicto con la ira, asociada inconscientemente a sus impulsos sádicos reprimidos, y los positivos porque, en el pasado, sus necesidades de cariño y de proximidad se han visto siempre defraudadas.

Conviene recordar que los pacientes para los que Davanloo considera que su método está indicado son pacientes que han estado carenciados emocionalmente. Se trata de gente que no ha disfrutado de una intimidad placentera con sus padres o cuidadores. El resentimiento generado por aquél déficit tampoco pudo ser canalizado expresivamente y por tanto en la actualidad, cada vez que la persona se enfada, se pone nerviosa o pone en marcha la defensa.

Otra de las fases del método es la provocación frontal. Una vez despertada la resistencia transferencial, el paciente está furioso o ansioso o buscando una manera de escapar. En ese momento el terapeuta saca a relucir su más poderosa intervención, le dice: «¿Cómo es posible que usted se haya metido en semejante lío? ¿No se da cuenta de que usted mismo ha producido esta situación en la que se encuentra?». Esta intervención es preparada por el ataque previo a las defensas. Está dirigida especialmente a la alianza terapéutica, con el objeto de movilizarla contra la resistencia. El énfasis se pone en la transferencia. Se da especial importancia a la negativa del paciente a permitir cualquier proximidad emocional con el terapeuta. La primera parte del método consiste en el abordaje de las ansiedades y la presión sobre las defensas asociadas con la ira. La segunda parte trata las ansiedades asociadas a la empatía o a la intimidad emocional con el terapeuta. En esta etapa el paciente debe superar las defensas superyoicas y la reacción terapéutica negativa, es decir, la necesidad de hacer fracasar el tratamiento.

La manifestación inicial de la crisis intrapsíquica se logra con el método de desbloqueo del inconsciente, que consiste en provocar una crisis que haga que el inconsciente estalle. El paciente se encuentra con un sentimiento que había estado totalmente oculto hasta ese momento en la

entrevista: el rencor y el remordimiento frente a las oportunidades perdidas de la vida. La sensación de fracaso histórico es el primer sentimiento que despierta el desbloqueo. Cuando el paciente siente esto, ya se abrió la puerta. Luego del desbloqueo empieza el tratamiento.

Imagínese el caso de un paciente tratado con este método. Supóngase que el paciente ha estado bien escogido para el método. Esto significa que al ser presionado y desafiado por el terapeuta no se va a brotar ni va a sufrir un ataque psicósomático, tampoco se va a suicidar y agradecerá inconscientemente la presión del terapeuta. Imagínese que el paciente ya ha pasado por la fase del desbloqueo. Ahora siente que en su vida ha perdido aquella novia, aquel trabajo y que a sus padres no ha podido decirles lo que quería. Cuenta con siete u ocho recuerdos que retratan ocasiones en las cuáles perdió su oportunidad. Se siente fatal. Se halla frente a una persona que lo tiene arrinconado y que, cordialmente (el paciente ahora no lo ve como un enemigo), lo acompaña. Supongamos que su reacción es de ira. Recuerda sus oportunidades perdidas, se encuentra frente al terapeuta y dice: «Este hijo de su madre me está haciendo sentir esto». Se ve a sí mismo estrangulándolo o ejerciendo alguna violencia contra él. El terapeuta percibiría esto, porque no se puede tener una fantasía corporal sin manifestarla de alguna manera. En ese caso, podrá preguntar al paciente: «¿Qué me está haciendo usted a mí en su imaginación?». El paciente podrá responder: «lo estoy estrangulando» o algo parecido. Si esto ocurre, Davanloo inicia otra vez el repaso de la resistencia en la transferencia. Esto se trabaja muy directivamente. Esa reacción del paciente ha sido conceptualizada como una resistencia transferencial residual. Su ventaja es que aparece en mejores condiciones que la anterior ya que se manifiesta como ira. El paciente no se ha puesto nervioso ni ha utilizado defensa alguna. Ha sentido un impulso criminal. Es resistencia residual que se vuelve a trabajar hasta que depura la ira. A continuación, se trabaja como en cualquier tratamiento.

Davanloo es muy cuidadoso a la hora de ir regulando la presión. Como se puede suponer su método exige un escrupuloso *timing*. Puede haber momentos de silencio pero no muchos, porque cuando el silencio vuelve a evocar la defensa conviene terminarlo. Evidentemente, este es un método catártico. No obstante, a diferencia de otras técnicas de abreacción cuenta con una teoría sobre lo que puede ocurrir y con reglas claras para evitar problemas. El paciente debe ser escogido con toda

prudencia. En estos pacientes no existe un terreno desierto interior. Son pacientes sólidos, productivos, imaginativos, potentes.

Una vez pasada la fase de desbloqueo, empieza el tratamiento. Empieza la biografía. ¿Por qué? Porque una vez desbloqueado el inconsciente, el primer sentimiento es: «¡Vaya vida! ¡Lo que me he perdido!». Mientras el paciente repasa su vida y sus pérdidas, empezará a hablar de ellas. En uno de los casos relatados por Davanloo, luego del desbloqueo la paciente empieza a hablar de una abuela que había muerto hacía años y de la que no se acordaba desde hacía mucho, a pesar de que había sido el personaje central de su vida. El paciente empieza a recuperar la vida perdida. Eso es lo que empieza a ocurrir. Reaparecen la ira, el dolor, muchísimos recuerdos y los afectos enterrados con los muertos. A diferencia de lo que ocurría antes, estos elementos ahora surgen vinculados a objetos y en una línea argumental. Lo cual permite observar las consecuencias que tuvieron en la vida del paciente. Esto es un psicoanálisis en su concepción más clásica, incluso más cinematográfica.

Cuando se llega a este punto la alianza ya está bien consolidada. El efecto inicial que produce el desbloqueo del inconsciente, darse cuenta de todo lo perdido y el dolor que esto conlleva, también se acompaña de esperanza. Por eso afirma Davanloo que se trata de sentimientos complejos. Las palabras no hacen justicia a los sentimientos. Es una mezcla de dolor con esperanza; es rabia pero también la sensación de una nueva oportunidad.

Imagino que los pacientes de Davanloo, saliendo de una primera entrevista, estarán dando tumbos de pared a pared. Supongo que en la segunda entrevista será necesario rehacer la mitad de este trabajo, porque en el lapso entre una y otra los pacientes se habrán vuelto a acorazar un poco. Imagino que de las cuarenta entrevistas que Davanloo menciona como la duración máxima de sus tratamientos, las primeras serán parecidas a la inicial. La sensación de vacío o de incertidumbre así como el recrudescimiento sintomático son perfectamente posibles entre sesión y sesión. Por las cosas que cuenta Davanloo pareciera que siempre está haciendo una primera entrevista otra vez. Sin embargo, a medida que el paciente cambia y va ganando terreno, se sigue hablando de su biografía. De todas maneras, el terapeuta está muy atento a arrinconarlo otra vez si hace falta. Permanece atento al lenguaje gestual o facial. La idea es no dejar pasar ningún signo sin señalarlo.

En cierto sentido este método sigue un modelo médico. De hecho, se utiliza en un hospital.

No ocurre en un despacho privado ni en un centro de atención primaria sino en un hospital. Los pacientes están fichados dentro de protocolos de investigación. Existe un contexto médico muy significativo.

Se podrían buscar paralelismos con la bioenergía. Sin embargo, este método no propugna una respuesta corporal. Se utiliza lo corporal para dar salida a la palabra. Se lo transforma en idea y palabra. Si bien Davanloo no cuenta ningún caso en el que el paciente necesite moverse o gritar, creo que él es demasiado directivo como para permitir que esto ocurra. Supongo que si el paciente necesita moverse, lo permitirá y seguramente, no dejará de mencionarlo conectándolo con algún tipo de defensa. Rápidamente lo catalogará como aquello con lo cual el paciente se hace daño a sí mismo. En este aspecto se diferencia de la bioenergía que toma la expresión corporal en un sentido más positivo, como liberación o expresión. Seguramente, Davanloo consideraría que el paciente se está escapando y se lo diría para marcarle que vuelva al trabajo.

Cada método busca algo. Este método busca que el paciente odie en la transferencia y luego sepa que ese odio es transferencial. Y todo eso en una primera entrevista que durará dos horas y media. Para eso, primero ha sido necesario separar una cosa de la otra, desidentificar al paciente de su defensa y luego aislar la ira de la defensa que la encubre. Lo fundamental es que ese sentimiento se pueda expresar en palabras. El lenguaje gestual es un índice para el terapeuta; su objetivo es la puesta en palabras. No se busca una catarsis muscular ni fisiológica. El paciente puede encontrarla pero no es el objetivo principal.

Es necesario tener en cuenta que cuando se desbloquea el inconsciente, todavía queda en su modelo algo así como media hora de entrevista. No creo que ningún paciente necesite hacer ninguna descarga motora en ese momento. El paciente ya está relajado, llorando y sintiendo. Las manifestaciones físicas ya ocurrieron. Imagínese una persona que dice: «¡Todo lo que he perdido! Aquella vez, ésta y ésta». No lo dice en general. Tiene presentes esas ocasiones, está sintiendo y, de hecho, ya está haciendo la elaboración. La elaboración se hace a la par con el relato. El relato no es defensivo. Existen pacientes que cuentan su vida para no decir nada en serio. Pueden contar muchos detalles pero en realidad no están diciendo nada. Davanloo no permite que el paciente cuente su vida hasta que no haya pasado por la fase de desbloqueo. Es distinto contar la vida

irresponsablemente, o con mucho margen de libertad para la irresponsabilidad, que contarla después de que ha ocurrido todo esto. Cuando el paciente comienza a contar su vida, la elaboración ya ha comenzado. Relata los duelos pendientes, los amores rotos, etc. Es entonces cuando comienza el análisis de la historia y la interpretación.

La maniobra inicial es para abrir el inconsciente. Una vez abierto se encuentran los dinosaurios. En ese momento se puede pasar a hablar de ellos. El hecho de saber cuántos y cuáles son, supone medio trabajo hecho. El resto del trabajo es un poco más de abreacción y, sobre todo, elaboración. ¿Qué consecuencias tiene eso? Decisiones tomadas, reconciliación, perdón, integración. Respetando las indicaciones y contraindicaciones, tampoco es tan peligroso implementarlo. Obviamente, no debe implementarse con pacientes que tengan antecedentes de suicidio.

El tratamiento consta de cuarenta sesiones seguidas. Seguramente, la selección de pacientes se lleva a cabo en entrevistas previas realizadas por otros profesionales de la institución. Los pacientes no llegan directamente de la calle; debe haber alguna entrevista de admisión.

Por otra parte, la estrategia también se puede cambiar a mitad del camino. Si en una entrevista el terapeuta empieza a presionar al paciente para la clarificación de defensas pero éste no responde como se espera, se puede cambiar de estrategia. La primera vez que utilicé este método no fue en una primera entrevista. Hice una primera entrevista y consideré que trabajar a la Davanloo podía ser beneficioso para aquel paciente, al tiempo que yo me sentía capaz de encajar alguna salida imprevista. En la segunda entrevista apliqué el método. La siguiente vez que lo apliqué lo hice de entrada. En algún otro caso lo comencé y decidí retroceder al intuir que no era adecuado para ese paciente.

Para Davanloo, la etiología de los trastornos psicopatológicos se basa en los conflictos con la agresividad. A mí me parece que el paciente favorito de Davanloo es el neurótico obsesivo o el deprimido subclínico, sin casi síntomas pero con defensas obsesivas. Ya lo dijo Freud, existen obsesivos que sufren por sus síntomas y obsesivos que no sufren por ser obsesivos sino por lo pequeño de su mundo, por su estrechez vital. El obsesivo clásicamente descrito es homosexual, *voyeur*, masoquista y sádico. Esto lo afirma y, además, lo fundamenta muy bien Grunberger (1973) en un artículo suyo publicado en la colección «Los casos de Sigmund Freud». Afirma que el obsesivo sufre por su cobardía, su voyeurismo y su

homosexualidad, a veces, por cierto, muy actuada. Este sería el paciente que se dibuja en el horizonte de Davanloo: alguien que sufre por su cobardía, la que se origina en los conflictos asociados a su agresividad. Teme su propia ira, teme matar.

La etiología de la ira, a su vez, no está clara. Davanloo no profundiza en este tema. Decir que se debe a duelos pendientes, quizá no explica demasiado. Dentro de un duelo pendiente normalmente hay agresividad coagulada. Esa es toda la explicación que se puede encontrar en su libro. La ira y el resentimiento son como puntos primitivos de su teoría que no explica mucho, para él deben ser muy evidentes. Toda teoría tiene un punto puramente intuitivo del cual se parte; dicho punto no se demuestra, se lo da por bueno y a partir de él se construye. Por ejemplo, Davanloo no menciona las pulsiones de muerte, lo que sería una manera de decir algo. Tampoco habla de *imago* paterna, que es lo que dice Freud al respecto. Para Freud el origen de la agresividad es netamente edípico. Davanloo tampoco menciona esto, él se refiere a la ira sin más. Malan hace lo mismo. Cuando habla del resentimiento o de la agresividad, los menciona como hechos de la naturaleza. Probablemente sea así. A mí me cuesta mucho imaginar un organismo vivo no agresivo. Sin agresividad no se sobrevive. Ambos autores se dedican a los conflictos asociados con esta agresividad.

¿Cuál sería el terapeuta ideal para aplicar el método de Davanloo? ¿Quién sería capaz de utilizarlo sin caer en excesos de ironía o crueldad terapéutica? Muy joven no podría ser, salvo que fuera un discípulo de Davanloo. En ese caso, quedaría asociado a la madurez del otro. ¿Requiere una mentalidad de cirujano? Tal vez. Desde luego, debe ser una persona muy convencida de que lo que hace es lo correcto y lo que se debe hacer. Al mismo tiempo, debe ser un buen actor, capaz de sintonizar fisiológicamente con el entrevistado, de conectarse con su cuerpo. También sería necesario que haya pasado por una experiencia de este tipo. Esto es esencial. Es difícil trabajar con cualquier método sin haberlo padecido. Además, este método requiere una capacidad de monitorizarse continuamente a sí mismo. En la implementación de esta técnica, aunque se ofrezca y provoque el odio transferencial, también debe poder manejarse la seducción transferencial. Esto se debe a que quien trabaje con ella puede encontrar dificultades por el lado del amor. Por eso, es necesario que el terapeuta sea capaz de contraatacar con una propuesta de intimidad importante sin dejarse sobrecoger por ella.

En uno de los casos que me propuse trabajar con este método, me ocurrió algo por el estilo. He de confesar que el tratamiento no llegó a las cuarenta entrevistas. La persona presentaba una problemática de soledad, llevaba una vida empobrecida y sentía resentimiento por sus fracasos. Se trataba de una mujer fuerte pero, repentinamente, se produjo entre nosotros una comunión emocional enorme que comenzó a ponerme nervioso. No se trataba de propuestas sexuales sino de una gran comunión emocional; la paciente entró en el juego, en términos de Davanloo había superado su resistencia a la intimidad transferencial, sólo que yo me asusté. La situación pasó, pero en el fondo yo la había decepcionado. Como decía Freud: no se puede despertar a los demonios y cuando se presentan pretender huir o darles largas para que sigan durmiendo.

2. Wachtel, o la comunicación sanadora

A continuación describiré el modelo de Wachtel, que supone un método diferente. Este autor es uno de los líderes de la tendencia actual a la integración entre escuelas y métodos en psicoterapia. El tema de la integración entre terapias es muy delicado y suele molestar a los terapeutas muy identificados con su marco teórico, para quienes su autor favorito o su teoría preferida adquieren tonalidades de objeto fetiche.

Wachtel tuvo una formación psicoanalítica y conductista; el primer libro suyo que leí fue *Psicoanálisis y conductismo* (1977). Wachtel practica el gusto por las similitudes, cosa infrecuente. Es mucho más fácil subrayar las diferencias que las similitudes entre los métodos. Las primeras son conocidas y frecuentemente exageradas por todas las partes, mientras que las segundas son más difíciles de ver y con frecuencia resultan ofensivas para algunas de las partes. Por supuesto, existen diferentes tipos de parecidos. Algunos son ideológicos, metafísicos casi, pero también los hay de tipo muy concreto, que cuando se descubren producen perplejidad y alguna sensación de siniestro.

Por ejemplo, si a un psicoanalista le dijeran «esta intervención que has hecho es conductista», se quedaría muy sorprendido y posiblemente no le gustaría. Si a un conductista, de igual manera, le dijeran «esa es una interpretación y, además, buena», le ocurriría lo mismo. Si a un psicoanalista como Brenner — para quien el psicoanálisis es una ciencia natural — le dijeran que está haciendo

hipnosis sin saberlo, se llevaría un buen susto. Muchos profesionales se cuidan prudentemente de este tipo de sobresaltos. Recientemente un psicoanalista me decía: «Es que yo cuando leo algo que no es psicoanálisis me siento culpable». Pues bien, Wachtel es un autor que no se asusta por los parecidos. Una cosa es discutir y comparar grandes principios: lenguaje, afecto o catarsis. Otra cosa es discutir y comparar ejemplos concretos, intervenciones prácticas y métodos de trabajo. Hacerse preguntas por el ser es diferente a preguntarse por las consecuencias del hacer. Son discusiones distintas; unas parecen muy dignas e importantes y las otras parecen menudas. Wachtel incursiona en ambos campos, le gusta la discusión concreta sobre métodos y técnicas y está dispuesto a llevarse algún que otro desconcierto.

Comentaré en esta ocasión uno de sus libros, *Comunicación terapéutica* (1993). Este libro debería ser de cabecera para todos los que empiezan su andadura como terapeutas, es el libro ideal para protegernos de aquellos errores que echan a los pacientes. En este sentido constituye el extremo opuesto a Davanloo. Así como Davanloo parte de un «ya lo haré yo confesar su odio, y además rápidamente», Wachtel parte de un punto totalmente distinto. En lugar de partir del paciente, parte del analista. Según su posición no es el paciente quien se resiste, evita concretar sus problemas o se defiende, sino el analista quien no lo escucha bien, no está lo suficientemente atento a lo que se le dice o, (mejor dicho sobre todo) no le habla al paciente con las palabras adecuadas.

Este último es el punto central de todo el libro y el eje del que parten todos los radios. Una cosa es darse cuenta de lo que le pasa a un paciente y otra muy distinta saber cómo decírselo. Wachtel no solamente discute cómo diagnosticar o comprender qué conflictos expresa el paciente sino, fundamentalmente, cómo formular las interpretaciones de la manera más útil para su comprensión. La mejor interpretación siempre será aquella formulada en el lenguaje del paciente y sin dar lugar a que éste se sienta criticado, humillado o tratado con superioridad moral. Según Wachtel es importante que el paciente sienta que el analista le habla desde dentro de su propio mundo y ampliando las posibilidades que le son intrínsecas, y no desde una posición externa y crítica. Asimismo, la interpretación debe ser hecha en el momento y de la manera que favorezcan el cambio y no la depresión. Tal vez el paciente deba deprimirse un poco, pero siempre desde la posición de sugerirle alternativas de cambio.

Esto nos lleva al tema de la sugestión, riesgo siempre presente y caballito de batalla de todos los defensores de la pureza del psicoanálisis. Este libro aborda extensamente el tema, comenzando con lo que muy acertadamente Wachtel denomina las angustias epistemológicas de Freud. Es muy fácil decir que el psicoanálisis no sugestiona y que el resto de los métodos sí lo hacen. Sin embargo, esta afirmación que durante mucho tiempo fue una línea divisoria de aguas, hoy sólo demuestra desinformación y necesidad de lecturas. La sugestión ya no es comprendida de la misma manera en la que la entendían quienes decían que el psicoanálisis era la única técnica no sugestiva.

Wachtel dedica un capítulo a la manera de trabajar los conflictos atendiendo a todas las partes involucradas en el mismo. En esto es un clásico, ambos polos de cualquier conflicto son igualmente respetables y expresivos de proyectos o ansiedades del paciente. En términos generales, Wachtel no indaga cómo debe adaptarse el paciente al método del terapeuta, como hace Davanloo, sino cómo debe adaptarse el terapeuta a los pacientes. Su perspectiva es interaccional y no pretende alcanzar ninguna cota teórica que no esté anclada en la relación con el paciente. En su teoría también han desaparecido la sexualidad y el instinto de muerte como fundamentos conceptuales. En este sentido, es muy americano. A propósito del artículo de Green (1995) que he mencionado más arriba, en un congreso un analista anglosajón le dijo a este autor: «ustedes los franceses, siempre piensan en el sexo y, además, están obsesionados con el pene». Se pueden imaginar las resonancias *teóricas* que tiene este comentario chistoso. Pues bien, Wachtel no está obsesionado con el sexo ni con el pene. A él no le preocupa tanto *qué* interpretar sino *cómo* hacerlo sin herir o humillar y construyendo positivamente a partir de las propias fuerzas del paciente, sugiriendo alternativas de cambio sin dar órdenes. Su libro es un verdadero manual, igual que el libro de Davanloo.

A continuación, describiré algunas de las propuestas de este autor. Wachtel parte de una premisa tan obvia que a menudo se olvida. Cuando el analista interpreta hace por lo menos dos cosas. Por un lado, dice algo, transmite un *qué*. Por otro lado, expresa este *qué* según un *cómo*, lo hace de alguna manera particular que transmite otro mensaje que califica al primero. Este es un punto de partida compartido por comunicacionistas y fenomenólogos. Husserl ya decía que el *cómo* determina el *qué*. El *cómo* puede adquirir diversas formas, algunas, incluso, incompatibles con el *qué*.

Se puede decir una cosa y con el tono estar descalificando lo que se dice.

Wachtel propone la aplicación sistemática y concienzuda de tres o cuatro principios tan obvios como éste a la interpretación del analista. Cuando los analistas hablan son personas que hablan. La interpretación aséptica no existe. Incluso si así fuera, eso también supondría un *cómo*. Para Wachtel resulta inimaginable el retrato típico de un analista puro tal como aparece en la literatura psicoanalítica, para quien todo es transferencia y él ocupa un lugar de pura neutralidad, como por ejemplo en Etchegoyen (1986), cuyo analista, aunque se refiera a emociones muy profundas, sólo interpreta de manera informativa.

En la década de 1950, con la aparición del *boom* psicoterapéutico la interpretación se convirtió en el grito de batalla de los psicoanalistas que no querían verse confundidos con los terapeutas en general. Esta posición llegó a su cenit con el *basic model technique* propugnado por Eissler en 1953 y muy discutido en 1958 por Loewenstein, quien había sido el analista de Lacan. En un panel, ante Loewenstein, Eissler llegó a reconocer que, más allá de las intenciones, jamás un paciente había sido analizado con una técnica interpretativa pura. Referencias a este debate pueden encontrarse en Thomä y Kächele (1989, vol. 1, p. 52).

En resumen, para Wachtel y al revés que para Davanloo, la resistencia está del lado del analista, de cómo escucha y de cómo formula sus intervenciones.

Esta segunda similitud se refiere a la fórmula del mensaje. Sostiene Wachtel que el significado de los comentarios del terapeuta es, finalmente, el significado que le otorga el paciente. Si yo digo «La cabra tira al monte» y mi paciente oye «Todos para uno y uno para todos», yo dije «Todos para uno y uno para todos». No sé cómo pero lo he dicho. Será necesario indagar cómo es que he dicho eso queriendo decir «la cabra tira al monte». Esta regla, tomada férreamente, lleva a un replanteo constante, sesión tras sesión, de los mensajes que emite el terapeuta. Para éste, implica monitorizar constantemente cómo ha dicho lo que haya dicho. Obliga a preguntarse cuál fue el gesto que hizo que el paciente entendiera eso. Obsérvese que este no es el punto de vista antagonista, de confrontación entre un analista que busca la verdad y un paciente que se resiste. Esto es todo lo contrario. Toda la verdad está en el paciente y es el analista quien tiene que sintonizar su escucha.

Wachtel también señala el papel de obstáculo que juega en una terapia lo que él llama «ruidos» del

terapeuta. Con este término se refiere a todas esas frases o, especialmente, interjecciones que creemos que sirven para sostener el discurso del paciente pero que, por lo general, nos suenan a hueco.

Una vez caracterizados de esta manera los mensajes del terapeuta, Wachtel realiza muchas sugerencias sobre cómo hablar a los pacientes. Como he dicho más arriba, en general, la mejor interpretación es aquella construida con las palabras del paciente. Esto es natural porque, puestos a elegir el vocabulario, el paciente entenderá mejor el suyo propio. Si el analista utiliza palabras suyas, dificulta la comunicación. Esto no obsta para que el analista sugiera otros significados o juegue con los equívocos de la polisemia, todo lo contrario.

Wachtel incluye un ejemplo muy bonito de un caso de Polland (1993, p. 9). Una paciente cuenta un sueño en el que aparece alguna acción repugnante y agrega que ella jamás haría algo así, a lo que el analista le dice «ni en sueños». El comentario del analista se mueve en un nivel de paradójica y cordial confrontación, conectando a la paciente con su contradicción entre su vida onírica y su vida de vigilia. Ésta es una variante de lo que ocurre en el conocido cuento del fauno. Una señora sueña que va por el bosque en una mañana primaveral en la que el rocío se está evaporando y el sol se filtra disipando la niebla. De repente, escucha el bramido de un fauno. Ella huye asustada dejando jirones de ropa en las matas y corre hasta que llega a un sitio en el que se acaba el camino y se encuentra medio desnuda y atrapada contra una roca. Se da vuelta y encuentra al fauno mirándola con ojos de pasión. Muerta de miedo, le pregunta: «¿Qué quieres de mí, fauno?». El fauno le dice: «Señora, la que sueña es usted».

Wachtel continúa realizando sugerencias sobre cómo hablar a los pacientes partiendo de los principios teóricos ya mencionados: primero, no interesa lo que el terapeuta diga sino lo que el paciente escucha, y segundo, el paciente siempre hace su parte lo mejor que puede. Wachtel se extiende largamente sobre las posibilidades de que según cómo se formule una interpretación, ésta puede ser vivida como una crítica o como un halago hipócrita, riesgo que me parece cada vez mayor en estos tiempos de tiranía del pensamiento positivo en que estamos viviendo. En nombre de la legitimación empática del paciente, se cae en el otro extremo, en el de hacerle la pelota mediante los excesos de la connotación positiva.

Poco a poco nuestro autor va construyendo la conclusión de que si el analista transforma estas reglas sobre la comunicación con el paciente en una segunda naturaleza, se evitará problemas

contratransferenciales, lo cual, técnicamente hablando, es muy razonable y se puede demostrar fácilmente. Nadie está exento de involucrarse sentimentalmente con cosas de los pacientes. El asunto es darse cuenta y evitarlo o evitar sus consecuencias. Según Wachtel, si uno está atento a este catálogo de reglas, si uno ha incorporado esta técnica como una segunda piel, puede controlar mejor sus posibles deslices porque estará protegido de cometer determinados errores. Esto es especialmente útil y, sobre todo, necesario, afirma Wachtel, en un terreno como el nuestro en el cual las teorías son muy personales. Aunque algunos analistas sean bionianos, otros kleinianos y otros lacanianos, finalmente, todos lo son a su propia manera.

He resumido el primer capítulo del libro de Wachtel sobre el fundamento y las ventajas de tecnificar la tarea del terapeuta en el sentido de incorporar la técnica. Esto implica aprenderla e incorporarla para que funcione sola, moldeando la forma de hablar, interpretar o preguntar. Recuerdo que cuando empecé mi formación se consideraba incorrecto hacer preguntas. Un analista jamás debía hacer preguntas. Por supuesto, todos hacían preguntas; sin embargo, estaba mal. Se consideraba que toda pregunta sugería una respuesta al delimitar un campo. En realidad, esto es verdad, sólo que como única alternativa se proponía el silencio o la frase oracular. Intenten el ejercicio de eliminar las preguntas de su forma de hablar y vivirán una verdadera experiencia emocional correctiva. Traten de hablar sin preguntas. Se puede decir todo utilizando otros modos verbales, se puede vivir sin hacer preguntas pero es muy difícil. Después de pasarse horas o días sin hacer preguntas comprobarán que hablan mejor y que ya no hacen preguntas compulsivas. Hacer preguntas porque no se sabe qué otra cosa hacer es algo que le ocurre a todos los seres humanos y es especialmente común en nuestro trabajo. Después de pasar esta experiencia, vuelvan a preguntar. Observarán que preguntan distinto, ya no hacen preguntas de esas que cierran el campo y sugieren una respuesta.

Los siguientes capítulos del libro, el segundo y el tercero, están dedicados a la psicopatología. Presentan la teoría de Wachtel sobre los círculos viciosos y el cambio. Según Wachtel, todo cambio es un cambio de contexto. Su teoría psicopatológica no intenta explicar por qué ocurren las cosas sino cómo es que aún siguen ocurriendo. Su idea es que la ansiedad se dispara y genera una defensa. La defensa evita la ansiedad buscando cómplices exteriores. Esta idea responde a la concepción de

que la psicopatología es interpersonal. No hay marido mentiroso sin mujer que se deje engañar, ni fóbico sin quien lo acompañe o acompañante sin fóbico, tampoco hay déspota sin servil ni servil sin déspota. Ésta es la idea del cómplice neurótico. La cuestión es que este circuito genera un círculo vicioso cuyo origen no siempre es claro.

Hablando del origen, en ocasiones Wachtel critica cosas que ya pocos sostienen, tales como la teoría del trauma del tipo del mamut congelado enterrado bajo la nieve del pasado. En la actualidad, ya no deben quedar autores psicoanalíticos que sostengan una teoría del trauma tan dogmática como la que él critica. En la actualidad, la mayoría de los analistas admite que el pasado no es la historia — como propuso Lacan en su primer seminario (1981) —, que la historia es siempre una narración hecha en el presente y que si un pasado es traumático es porque sigue siendo actual y se manifiesta en palabras, conductas, pensamientos o sensaciones actuales, y de ninguna manera rémoras de un pasado inolvidable. Lo que le ocurre a Wachtel lo conocemos todos muy bien, cuando criticamos un autor solemos criticar la peor versión de lo que éste haya dicho al respecto de lo que sea que estamos criticando.

Las bases conceptuales de la teoría psicopatológica de Wachtel coinciden netamente con la teoría sistémica de terapia de familia: subrayan que lo importante no es cómo empezó el círculo vicioso de neurótico y cómplice neurótico, sino para qué persiste. Examinan el encadenamiento de conductas o palabras de uno y otro que hace que la ansiedad se regenere continuamente. Por eso Wachtel sostiene que para evitar el círculo vicioso hace falta un cambio del contexto de pensamientos y conductas que mantienen el síntoma. Cómo hacerlo es toda la cuestión, lo que ha llevado a planteamientos sistémicos muy originales que pueden resultar incluso agresivos para un pensamiento psicoanalítico (Bergman, 1988).

La teoría psicodinámica cíclica de Wachtel se basa en la idea de que el paciente repite aquellas conductas que intentan evitar el problema, pero que al repetirlas se lo vuelven a poner delante. El señor que se humilla constantemente para que nadie se enfade con él, sólo consigue que se enfaden más aún y que lo ataquen porque es tan despreciable que dan ganas de pegarle, y en el fondo, a nadie se le escapa que tanta obsecuencia no es más que agresividad pasivamente expresada, mala leche disimulada.

Según la teoría de la psicopatología cíclica, la neurosis es un proceso interpersonal. Esto hace que el analista, al interpretar, también deba hablar de las

personas que rodean al paciente. En este sentido, la interpretación no se restringe exclusivamente a la transferencia con el terapeuta. Se considera que cuando un paciente habla del compañero de trabajo no sólo está hablando del terapeuta. Por consiguiente, también se interpreta su transferencia con el compañero y se comenta este contexto. Una derivación muy interesante de esta concepción es la idea de que los pacientes se vuelven mejores psicólogos cuando mejoran. Wachtel sugiere que en ese momento los pacientes perciben mejor las motivaciones de sus familiares, seres queridos o compañeros de lo que sea. Esto es un observable empírico. Cuando los pacientes se tranquilizan y manejan mejor sus problemas, suelen mejorar su capacidad de percibir al otro. Wachtel propone aprovechar esta tendencia natural y enseñar a los pacientes a percibir mejor a los otros, incluyéndolos en la interpretación. De esta forma, el paciente cuenta con alternativas para la interpretación de su propia realidad. Ya no se trata de dirigir todas las interpretaciones hacia la figura del terapeuta sino de aprovechar lo que el paciente aporta espontáneamente. Por ejemplo, si un paciente siempre hace la pelota al jefe y el jefe cada día lo somete más, conviene sugerirle al paciente que se coloque en el lugar del jefe y piense qué sentirá delante de un empleado que se comporta de esa manera.

Wachtel también retoma la idea de la experiencia emocional correctiva. Esta idea fue muy devaluada y criticada en el momento en que fue propuesta. Sin embargo, luego fue recuperada por diversos autores. Hace poco escuchaba a alguien en un debate que, aplicando la teoría lacaniana del tiempo lógico, describía la misma secuencia original de French y Alexander (1956) en la que el cambio precede al *insight*. Posiblemente, esta persona se hubiera horrorizado si lo hubiera sabido. La propuesta de Kohut (1984) se basa también en la conveniencia de producir un nuevo contexto emocional.

Una de las cosas que decían, entre otras, Alexander y French, es que el cambio no siempre sucede al *insight*. En ocasiones el paciente cambia y, habiendo cambiado, se da cuenta de para qué antes estaba como estaba. A partir de esta reflexión se comienza a poner énfasis en la idea de que la relación terapéutica puede ser curativa en sí misma, al margen del papel que también desempeña la interpretación en el proceso. Según esta noción, la relación ofrece al paciente un contexto en el que sus expectativas neuróticas de encontrar otro cómplice quedan decepcionadas y de esta manera sus

conductas sintomáticas, propias de un contexto diferente, pueden empezar a cambiar. El analista está entrenado para no hacerle el contrapapel al paciente. Incluso, Wachtel afirma que la terapia psicoanalítica es como un proceso de desensibilización conductual. Recuérdese que parte de su formación es conductista y desde su primer libro (1977) ya había sugerido que la interpretación constituye también una exposición del paciente al estímulo ansiógeno. Cuando el analista interpreta, está haciendo sentir al paciente aquello que estaba evitando experimentar. Wachtel sostiene que la terapia psicoanalítica puede ser entendida desde una perspectiva conductista sin por eso asimilarla a un laboratorio y una rata.

La conclusión de estas reflexiones es la siguiente: si la relación terapéutica produce cambios que, a su vez, pueden facilitar el *insight*, es posible jugar con las dos barajas. La relación terapéutica, convertida en un contexto nuevo que redefine significados antiguos, puede ser utilizada para favorecer la elaboración. Esto exige, justamente, cuidar la relación terapéutica, lo cual fundamenta, por otra vía, la necesidad de hablarle al paciente desde su mundo y no desde afuera. Imagínese que llega un paciente, ¿cuál sería el primer trabajo del terapeuta desde esta perspectiva? Entrar en su mundo, aceptarlo. El primer diagnóstico es el de aceptación empática o humana del paciente. Por supuesto, no todo es empatía. La empatía por sí sola no ayuda a cambiar. Wachtel sostiene, al igual que Davanloo, que en su momento será necesario decirle cosas al paciente pero aceptándolo. Davanloo dice que es necesario desidentificar al paciente de sus defensas para, una vez aisladas, poder atacarlas. Esto no significa que el terapeuta ataque al paciente sino que el paciente y el terapeuta juntos atacan las defensas. Wachtel es mucho más suave y menos provocador que Davanloo, se muestra mucho más atento a las soluciones intentadas hasta el momento por el paciente.

Wachtel también lleva a cabo una revisión histórica crítica de aquella posición que durante años fue la correcta: ser distante con el paciente, no satisfacer demandas, no responder preguntas, etc. En realidad, todo esto ya es historia. Es interesante la historia del psicoanálisis porque está llena de acontecimientos, encuentros, desencuentros y ataques por la espalda. Los analistas son palaciegos y políticos como todo el mundo. Wachtel critica con placer aquella imagen del analista duro, distante, frío. Este tipo de analista, pretendiendo ser un robot, resultaba peor que un robot porque de un robot uno sabe que no es humano. Wachtel afirma que esta

actitud puede ser iatrogénica con aquellos pacientes que desde pequeños aprendieron que sus padres eran fríos y distantes y que no podían causarles ningún impacto. Para estos pacientes, un analista al que no se lo puede hacer pestañear es un padre como el que ya tuvieron. Con lo cual, sesión tras sesión se repite el trauma. Un hijo que nunca ha hecho enfadar al padre y jamás lo ha visto perder la compostura, sentirá que la actitud del analista se debe a su incompetencia personal: no logra conmoverlo, interesarlo, hacerlo enfadar. Tener padres impasibles es traumático y este analista impasible favorece la repetición del trauma. Eso sí, en este caso el paciente puede quedarse anclado y no abandonará el tratamiento porque se ha establecido una suerte de pacto perverso entre los dos: repetir lo mismo y cada vez más de lo mismo. Qué mejor cosa para un paciente extremadamente dependiente que su analista confirme a sus padres. En este caso se puede configurar en la misma terapia un círculo vicioso propio de la psicopatología cíclica wachteliana.

Wachtel también se extiende sobre el tema de la ansiedad. Este autor adhiere decididamente a la teoría de la angustia señal. Sea libido reprimida, angustia de castración o de separación, lo importante es que la angustia es señal de que algo está mal programado o de que se está activando una defensa patológica. Por consiguiente, en lugar de interpretar las razones de la angustia, conviene en primer lugar reducirla. Esto se hace para que la intervención del terapeuta no sea escuchada con ansiedad. Por ello se incorporan otros métodos para reducir la angustia, incluso algunos no habituales dentro de un psicoanálisis. Por ejemplo, Wachtel hace un decidido alegato a favor de la terapia de apoyo, que ha sido tan criticada. Nuestro autor se extiende sobre la clasificación que distingue entre las terapias de apoyo y terapias expresivas. Las terapias de apoyo son las de confort, y las expresivas son aquellas en las que se interpreta para que el paciente exprese todo lo que lleva adentro. Wachtel afirma que esta separación es falsa porque no se puede lograr que el paciente exprese lo que lleva dentro si no se lo conforta o si no se siente cómodo con quien lo ayuda en esta tarea. Por eso considera que el apoyo no es sólo un añadido consistente en acompañar al paciente, sino que es fundamental y básico para el trabajo de exploración y configuración de lo expresivo.

Wachtel también propugna la utilización de técnicas activas en el tratamiento. Considera que la sugerencia de acciones o, incluso, las confesiones del analista son maniobras útiles. Con mucha

precaución examina la utilidad de realizar algunas intervenciones fuera de las reglas o la de comunicarle al paciente algunas reacciones contratransferenciales. Este es el tipo de intervención por el que a veces un analista se siente culpable: «¡Ay! ¡Cómo hice esto! No era canónico». Otra de las ideas que propugna es la de trabajar sobre las fuerzas y los objetivos del paciente, repasando jugadas y abriéndole el campo. Evidentemente, Wachtel se centra eminentemente en el crecimiento mental del paciente. Su libro es un desarrollo del principio que comenté al inicio: «Lo que yo dije es lo que él oyó». Para que el paciente oiga lo que le quiero decir (porque pienso que lo que le quiero decir es lo que hay que decirle) debo lograr que lo oiga tal como yo lo he dicho. Para lograrlo debo elegir sus palabras, respetar sus ejemplos, conectar bien con sus emociones y ayudarlo cuando sea necesario de tal manera que me escuche sin paranoias.

Naturalmente, (en el interior de su desarrollo) Wachtel critica con fuerza la pretensión de identificar la relación entre analista y paciente con la transferencia. La idea original de Freud era que la transferencia era una especie de mundo intermedio entre el inconsciente y la vida real fuera de la sesión. Wachtel afirma lo mismo agregando un matiz: la relación terapéutica es otra cosa que la transferencia.

Este fue un debate muy importante del psicoanálisis: ¿Todo es transferencia? ¿Desde el momento en que el paciente entra en análisis ya no puede haber otra cosa que no sea transferencia? Si es así, ¿cómo se sale de esa relación? ¿Hay alguna otra cosa? ¿Cuál es el contexto de la transferencia? Las objeciones que conllevan estas preguntas se basan en la noción de que si todo es transferencia, deja de existir la transferencia. Diversos autores abordaron esta cuestión afirmando que no todo es transferencia. Postularon que en un análisis existe la transferencia y también la alianza terapéutica. Davanloo, Meltzer, Gill o Greenson, entre otros, incorporan este concepto bajo alguna u otra denominación que siempre incluye la palabra alianza. Otros autores utilizan el concepto de alianza de trabajo o de relación real con el analista. El uso del término *relación* ya significa mucho.

Para demostrar que no todo es transferencia, Greenson (citado por Wachtel, 1993, p. 218) relata el caso muy divertido de un paciente que era republicano y que en una sesión le dice que últimamente está intentando suavizar sus posiciones políticas para acercarse más a las ideas demócratas de él. El analista, que efectivamente era demócrata,

le pregunta de dónde ha sacado que él es demócrata. El paciente le contesta: «Es que cada vez que yo hablo de un político republicano usted me pide asociaciones. En cambio, cuando hablo de un demócrata usted no me dice nada». El paciente se había dado cuenta de que su analista veía *imagenes* perniciosas en todos los políticos republicanos y pensaba bien de todos los políticos demócratas. Ésta es una percepción perfectamente realista y no transferencial acerca del analista. Esta situación ejemplifica el hecho de que existe una relación real con el analista. La idea de la transferencia totalitaria era enloquecedora, colocaba al paciente en una situación en la que todo lo que decía era interpretable transferencialmente y nada de lo que percibía de su analista era realista. Todas las disciplinas pasan por momentos de exageración. Wachtel critica esta idea como parte de la historia pero también para evitar repetirla. La idea de que la relación analítica es una relación entre dos personas es muy reciente. Durante décadas, decir esto significaba no ser psicoanalista y no haber entendido la verdad de la teoría freudiana. Por supuesto que si leemos casos y no sólo nos dedicamos a dogmatizar teorías, comprobaremos que ningún analista jamás ha dejado de ser y sentirse una persona con sus pacientes.

Según Wachtel, la transferencia se interpreta cuando es resistencia; si no se manifiesta de esa manera, se la deja estar en paz. Esto es exactamente lo que decía Freud. Lo que aparece además de la transferencia suele ser denominado como la relación humana, relación terapéutica o alianza terapéutica, se utiliza. ¿Cómo? Wachtel propone utilizarla como catalizador de acciones en el mundo exterior. Recuerdo un caso en el que a un paciente le hacía ensayar conmigo situaciones que debía enfrentar fuera. Era una persona que padecía una gran ansiedad. Se trataba de una persona psicótica compensada que seguía padeciendo ansiedades terribles en situaciones de trabajo o estudio. Dedicamos bastante tiempo a ensayar estas situaciones. Esto no me impedía darme cuenta de lo que le pasaba transferencialmente ni interpretar la transferencia cuando se volvía necesario.

Para terminar el comentario de este libro, mencionaré la sugerencia de Wachtel de atender a las cuantificaciones. Para decirlo con un ejemplo, una cuantificación implica decirle al paciente: «al menos esa vez usted fue capaz de tal *otra* cosa». Los pacientes tienden con frecuencia a hablar peor de sí mismos de lo que en realidad están. Se supone que vienen y uno los escucha porque están mal. Sin embargo, tal como Wachtel plantea, es importante

no caer en la trampa del paciente que empeora repentinamente para ver si el terapeuta valida su reciente cambio o se acobarda ante su recaída. Por eso sugiere señalar la intensidad, la frecuencia o la cantidad de veces que ocurren las cosas así como hacerle comparar las intensidades de sus sentimientos o deseos. Así como un loco no está delirando todo el tiempo, los pacientes no realizan continuamente sus conductas sintomáticas y conviene estar muy atento a las gradaciones de la conducta sintomática. Como dice nuestro autor, la característica de la buena interpretación es que favorece el cambio y lo que finalmente resulta favorable al proceso es la comunicación sincera entre paciente y analista, más allá de corsés teóricos o técnicos.



Guillermo Mattioli

Paseo de San Gervasio núm. 8, Entlo 2.
08022 Barcelona
Guillermo@guillermomattioli.com

Bibliografía

- ALEXANDER, F. y FRENCH, Th. (1956). *Terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- BERGMAN, J. S. (1988). *Pescando barracudas*. Buenos Aires: Paidós.
- DAVANLOO, H. (1992). *Psicoterapia Breve, el desbloqueo del inconsciente*. Madrid: Dorsi.
- ETCHEGOYEN, R.H. (1986). *Los Fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- EISSLER, K. R. (1953). «The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique» en *Journal of American Psychoanalytical Association*, 1: 104-143.
- GREEN, A. (1995). «¿Tiene la sexualidad algo que ver con el psicoanálisis?» en *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 5.
- GRUNBERGER, B. (1973). «Al margen del hombre de las ratas» en *Los Casos de Sigmund Freud*, núm. 3. Buenos Aires: Nueva Visión.
- KOHUT, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: The University of Chicago Press.
- LACAN, J. (1981). *El seminario, Libro 1: Los escritos técnicos de Freud*. Barcelona: Paidós. [Le séminaire, livre I: Les écrits techniques de Freud. París: Seuil, 1975 (1953-1954)]
- MALAN, D. H. (1995). *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*. London: Butterworth-Heinemann.
- THÖMA, H. y KÄCHELE, H. (1989). *Teoría y práctica del psicoanálisis*. Barcelona: Herder.
- WACHTEL, P. (1977). *Psychoanalysis and behaviour therapy: toward an integration*. Nueva York: Basic Books.
- WACHTEL, P. (1993). *Therapeutic communication*. Nueva York: Guilford Press.