

MOMENTOS DE CAMBIO EN PSICOTERAPIA

Isabel Laudo

Introducción

¿Qué es lo que ayuda al cambio terapéutico en los pacientes? ¿Cómo percibimos los terapeutas estos indicios de cambio en los pacientes que estamos tratando? ¿Qué dicen los pacientes al respecto? Estas y otras preguntas me he ido planteando a lo largo de mi trabajo en la asistencia pública, y privada, como psicoterapeuta de orientación psicoanalítica de adolescentes, adultos y familias.

Parto de la base que como terapeutas necesitamos valorar los resultados de nuestra intervención mediante la observación clínica, en relación a diferentes aspectos y escenarios del paciente. Así pues, valoramos los cambios en:

- El *insight* sobre el foco terapéutico escogido, es decir, en el conjunto de ansiedades y defensas que conforman el conflicto de base.
- El mundo interno.
- La relación transferencial que, aunque preferentemente no verbalizamos en forma de interpretación, la tenemos cuenta continuamente.
- Las relaciones con los demás.
- El área de rendimientos y desarrollos.
- La sintomatología.
- La calidad de vida.

En otro trabajo anterior mostramos la investigación empírica realizada por nuestro equipo al finalizar la psicoterapia y a los dos años de su terminación, que evaluaba los cambios en los dos últimos puntos (Laudo, 2013).

Pero ahora el objetivo es anotar unas reflexiones sobre aquello que ayuda al cambio en los pacientes y cómo percibimos los terapeutas dicho cambio. Pienso en el día a día de la psicoterapia, en aquellos momentos que indican un movimiento en el mundo interno del paciente. Las preguntas que nos hemos formulado nos llevan a pensar en dos grupos de factores. El primero se refiere a las condiciones aportadas por el terapeuta y por el método psicoanalítico, más concretamente, por la técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Son todos ellos factores muy conocidos, pero cabe señalarlos de nuevo como importantes promotores de cambio en sí mismos. El segundo grupo engloba aspectos o señales que indican que se ha producido una modificación en el paciente hacia una mayor salud mental e integración. En ambos grupos me ha parecido importante incluir intervenciones de los pacientes que confirman el valor que tiene nuestro método, y la aplicación técnica del mismo, para aproximarnos al sufrimiento de las personas que consultan, la mayoría de las cuales sin otra experiencia previa en tratamientos de este tipo.

B. Joseph (1989), en *Equilibrio psíquico y cambio psíquico*, señala que los pacientes buscan tratamiento porque están insatisfechos con su situación y quieren cambiar, o quieren que las cosas cambien. Hay un deseo de cambio y una presión hacia una mayor integración. Y al mismo tiempo tienen mucho miedo al propio cambio. ¿Por qué? Porque, tal como señala la autora, inconscientemente existe la noción de que todo cambio comporta una alteración del equilibrio emocional establecido. Apunta que el cambio psíquico no es un lugar al que se llega:

“[...] sino más bien un equilibrio de fuerzas mejor y más saludable dentro de la personalidad, en una situación que hasta cierto punto será siempre de flujo, de movimiento, de conflicto”.

L. y R. Grinberg (1993) estarían en la misma línea. Los cambios pueden despertar ansiedades persecutorias si se viven como una amenaza. Pero también ansiedades depresivas por la pérdida de situaciones conocidas, con el temor de perder las partes del *self* —la parte del *self* que buscaba cambios— ligadas a éstas y, en consecuencia, perder el sentimiento de identidad.

Esto, que acontece en la vida cotidiana, tiene mucho más peso en una psicoterapia porque se trata de los propios sistemas defensivos, aquellos que han acompañado siempre al paciente y que a menudo han conformado una forma de funcionamiento. La psicoterapia los pone en cuestión.

Me centraré en psicoterapias realizadas en la red de Asistencia Pública en Salud Mental. El equipo constituye la *Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica d'Adults de Sant Pere Claver—Fundació Sanitària* (UPPA) cuya función dentro de la red es ejercer como recurso psicoterapéutico para los niveles primarios de asistencia en salud mental. Las psicoterapias que realizamos se engloban en dos grandes grupos: la psicoterapia focal y breve, de alrededor de un año de duración, y las psicoterapias también focales en las que, o bien el foco no ha podido establecerse desde el principio en la mente del terapeuta y, por tanto, no ha podido definirse un tiempo de duración de la psicoterapia, o bien se considera que el paciente necesita más tiempo de elaboración; pero como máximo su duración es de dos años. En la psicoterapia breve y focal pretendemos una mirada en profundidad sobre un área determinada, para incidir sobre las ansiedades y defensas que conforman el conflicto intrapsíquico que valoramos como más emergente en el momento, renunciando a la elaboración de otras áreas de la personalidad o mundo interno del paciente. Se sustenta en una indicación adecuada, que es uno de los pilares de este tratamiento.

Facilitadores de cambio en psicoterapias

No pretendo hacer un listado exhaustivo de lo que facilita el cambio en los pacientes que, como es bien sabido, podría resumirse en: método, técnica adecuada a los objetivos terapéuticos y terapeuta con una capacitación suficiente para aplicarlos. Solamente voy a mencionar aquellos elementos que se repiten en muchas psicoterapias, extraídos de comentarios de los propios pacientes, o interpretados a partir de lo que éstos verbalizan.

1.— *Interés y motivación del terapeuta en ayudar al paciente o al grupo familiar*

Se ha hablado mucho de la motivación del paciente como indicador positivo en la psicoterapia breve. Querría resaltar ahora la importancia de la motivación del terapeuta para entender lo que le pasa al paciente y para ayudarlo a observarse, es decir, aplicando el método y la técnica pertinente, no de otra manera. Se trata de una actitud terapéutica, necesaria, que va más allá de la contratransferencia positiva que pueda estimular el paciente en nosotros. Esta motivación lleva a una manera de estar, de mirar al paciente, de escucharlo y de pensarlo, que ayuda a encajar transferencias negativas sin que lleguemos a actuar la contratransferencia; y que ayuda también a interesarnos por conocerlas. Tiene que ver con la identidad profesional y con la identificación con la tarea. Es una actitud compartida por otras profesiones, por ejemplo, con la de enseñante.

En una psicoterapia de familia que realizamos en coterapia con una compañera del equipo, reparamos en un detalle del final de una de las sesiones. Se trataba de una familia que tenía la guarda de dos nietas pequeñas, cuya madre presentaba graves problemas de personalidad. La familia mostraba sensibilidad, capacidad de observación y se interesaban por nuestras intervenciones, pero existía un problema de sometimiento a la tiranía de la hija mayor, madre de las criaturas, que mantenía una actitud parasitaria y abusiva con aquéllos que estaban cuidando de sus hijas, causando mucho sufrimiento y sentimientos de desesperanza con sus actuaciones. La familia había solicitado ayuda para aprender a manejar de la mejor manera posible la crianza de las pequeñas. Indicamos una terapia semanal sin las niñas, incluyendo a sus jóvenes tías, hermanas de la madre, porque consideramos que el conflicto no estaba en la relación con las menores, sino entre los adultos. En una sesión del principio del tratamiento, mientras recogían sus cosas para salir, iban diciendo entre ellos que los problemas venían de lejos y que era muy difícil cambiar. Una de las tías, precisamente la más reticente a acudir a las sesiones en aquel momento, dijo: “sí que es difícil cambiar, pero por lo menos ellas —refiriéndose a las terapeutas— lo intentan”. La muchacha había captado nuestro interés auténtico en ayudarles, lo había sentido y había podido llevarlo al pensamiento. Al margen de otros aspectos de la propia familia, percibir

nuestro interés le sirvió, a ella y a todo el grupo, cuando todavía no podían encontrar este interés dentro de cada uno. Otras familias más patológicas están muy lejos de esta captación. O dicho de otra manera, nuestra motivación genuina en ayudarles permitió la proyección de aspectos sanos de la familia, como una cierta esperanza, cuando ésta todavía no podía asumirlos.

2.— *Neutralidad terapéutica*

Lo anterior va relacionado con una conceptualización de la neutralidad que incluye la cercanía y la sensibilidad hacia el paciente y su sufrimiento, y una noción de lo que pueda representar la salud mental para él. Así, el terapeuta tiene que elaborar un concepto de la conflictiva y de los objetivos de cambio para ese paciente o grupo familiar determinado. Pero ha de ser muy cuidadoso en lo que se refiere a la no actuación, a no dirigir la vida del paciente y a no transferirle aspectos propios. Para llegar a poder discriminar con acierto entre estos elementos tan sutiles, las fórmulas de siempre continúan siendo válidas: supervisión continuada (aunque sea de otros pacientes o grupos familiares) y tratamiento personal del terapeuta.

3.— *Espacio terapéutico estable y regular: setting externo y setting interno*

En la asistencia pública es algo muy valorado por los pacientes de psicoterapia poder contar con un espacio semanal en el que vamos a pensar, junto con ellos, sobre ellos. La paciente de la que voy a hablar lo percibió enseguida. Se trata de una mujer en la treintena, maestra, con dos hijos pequeños, derivada por su médico de familia. En la primera entrevista me explica que ahora se encuentra mejor que cuando acudió al CAP¹, unos meses antes, pero ha tenido un episodio depresivo, con crisis de ansiedad, que los profesionales que le han atendido atribuyen a un exceso de trabajo, la familia, la casa, etc. Está tomando un medicamento antidepresivo, “no podía conmigo misma, tengo muchas cosas y no puedo con todas”. Dice que esto le viene pasando

¹ Centro de Asistencia Primaria.

desde hace años. Sus hijos van a la misma escuela en la que trabaja, en una población muy cercana, y siempre los ha llevado en coche. Un día se pelearon entre ellos y sintió mucho miedo de que se hicieran daño, ya que ella no podía parar porque circulaban por una autopista. Temía acelerar en lugar de frenar, o que en una pendiente el coche se fuera cuesta abajo. Empezó por evitar las autopistas y buscar caminos alternativos, pero en la actualidad ya no conduce. En algún episodio de ansiedad reciente, ha tenido que dejar la clase y volver a casa, incluso llegó a estar de baja laboral durante un tiempo. Se describe como muy responsable y exigente consigo misma. En el trabajo tiene asignadas funciones directivas, además de docentes, y participa activamente en una organización de carácter político. Aunque siempre ha podido contar con el soporte de sus padres y de su marido, explica también que ha tenido momentos muy duros, viendo que otras personas le pasaban por delante en su faceta de participación política.

Se trata de una paciente que, a pesar de un estilo comunicativo algo fóbico, sobre todo consigo misma, busca el vínculo conmigo y despierta, a nivel contratransferencial, el deseo de ayudarla. Relata lo que le sucede en cierto tono de broma, con ironía, como para no preocupar al otro ni inquietarse a sí misma. Quizás teme que, si lo dice tal y como lo siente, podría deprimirse. Pienso que también me está hablando del miedo a perder el control sobre su vida y hacerse daño.

Me explica enseguida una situación traumática que vivió la familia cuando era pequeña en su tierra de origen, en que murió una hermana recién nacida, coincidiendo con un revés económico importante que implicó la marcha de su padre a otra comunidad autónoma y al mismo tiempo la migración de su madre con sus hijas a Cataluña, como forma de ayudar a sacar adelante la familia. Esto hizo que la madre tuviera que trabajar muchas horas al día fuera de casa, mientras la hermana pequeña quedaba al cuidado de la paciente. Tenía que hacerse cargo de llevarla a la escuela, recogerla, pasar la tarde con ella, darle la cena, etc., y hacerse también cargo de sí misma. A menudo la situación la desbordaba porque temía que la pequeña, muy movida, se hiciera daño. Quería ayudar porque le daba pena su madre, tan esforzada, pero un día sintió que “no quería sufrir más” e hizo un intento de suicidio grave cuando apenas contaba diez años de edad. Más

tarde la situación familiar se estabilizó, su padre regresó y encontró un trabajo cualificado en la ciudad en que vivía la familia.

Más adelante, en la misma entrevista, explica como le agobian sus hijos con sus celos y peleas. Sugiero que quizá no puede manejarse con estos aspectos de sus hijos porque no pudo hacerlo de niña, no podía permitirse ni celos ni peleas con su hermana. Responde que es cierto, sorprendida por lo que digo.

Tengo la impresión de comprenderla en su conflictiva, sabiendo que hay aspectos de ésta que no vamos a poder incluir en el foco, como por ejemplo, algunos elementos de los duelos precoces. El foco terapéutico lo situó en su intolerancia a la necesidad, que la lleva a negar sentimientos de pérdida y a una identificación con un aspecto pseudo adulto (de “madre”), que ya le provocaba ansiedades catastróficas en la infancia y que en el momento actual, o bien actúa, o bien se defiende a través de la exigencia y el perfeccionismo. Con la propia maternidad estos conflictos se reactivan e interfieren en sus ocupaciones profesionales y en las de ámbito político. Como objetivo terapéutico pienso en la necesidad de disminuir sus exigencias superyoicas y de conseguir una mayor tolerancia a sus aspectos infantiles, a los sentimientos “no tan buenos”, limitaciones y necesidades. Indico una psicoterapia breve y focal de un año, diciéndole que ha dejado muchas cosas atrás, sin poderlas pensar.

En una de las primeras sesiones, la paciente dice: “Valoro mucho poder hablar aquí de todo y ver que no pasa nada y que no me pasa nada a mí, aunque algunas cosas sean dolorosas”. Así pues, el poder contar con un espacio estable y regular, que denominamos *setting* externo, facilita la comunicación entre paciente y terapeuta, especialmente la de los sentimientos negativos, aspecto muy difícil de conseguir en otras relaciones, ni tan solo con uno mismo, tal y como estamos viendo en la paciente.

Entre otras funciones, la psicoterapia tiene la de recoger, acoger e interpretar, dar un sentido, a las ansiedades y al sufrimiento, también aquel que proviene de las defensas, lo cual contribuye a que el paciente se sienta comprendido por el terapeuta. Esta es nuestra manera de estar con el paciente, tratando de entender lo que le pasa para poder transmitírselo de una

manera comprensible para él (*setting* interno). Ofrecer herramientas de comprensión, a través de las interpretaciones, contribuye a que el paciente pueda ir tolerando más dichos sentimientos sin tener que proyectarlos, de manera que libera las relaciones con los demás de aspectos que no les pertenecen. Y éstas mejoran.

4.— *Trabajo interpretativo sobre la problemática focal*

El curso del tratamiento fue confirmando la indicación porque progresivamente se iban produciendo cambios. Por ejemplo, en una sesión, explica que ha sido duro en el trabajo hacer frente a las reclamaciones de unos padres por un problema que hubo en la escuela. Dice que está mal allí con este ambiente y querría pedir un traslado, pero se le hace difícil. Le digo que quizá porque con los años que lleva ya trabajando en esta escuela, la siente como su casa; la escuela representa algo así como un amparo, un lugar en el mundo fuerte, seguro y protector. A modo de asociación, explica seguidamente que sufre porque ve que tiene poca disponibilidad mental para sus hijos cuando llega a casa y le reclaman atención. Le digo que posiblemente asocia las demandas de sus hijos con las reclamaciones de los padres de la escuela, que se le hacen tan difíciles de soportar. A la sesión siguiente explica contenta que los niños están mejor porque ella ha estado por ellos. Está viendo que no solo son unos niños que exigen, sino que la necesitan. Entonces hago un puente con su pasado, mostrándole que ha transferido a la situación actual los miedos y la desesperanza de su infancia por tener que hacerse cargo de su hermana pequeña cuando le resultaba muy difícil porque la angustiaba. Y añado que parece que es ella quien se siente “celosa” —dicho así— de sus hijos en un rincón de dentro suyo, porque ellos pueden expresar sentimientos que ella no pudo. A partir de aquel momento, sin idealizaciones, la relación con sus hijos cambió.

El trabajo interpretativo de la problemática focal da sentido y coloca al alcance del paciente aspectos propios que no conocía, o que se manifestaban solamente a través de los síntomas. Y todo ello en relación a la conflictiva que ocupa un lugar central en la mente del paciente, en ese

momento. Como señalábamos antes, a medida que aumenta la comprensión hacia los propios conflictos, disminuye la identificación proyectiva de aspectos propios sobre los demás, y las relaciones cambian.

Momentos en psicoterapia que revelan cambios en el mundo interno de los pacientes

Aquí voy a referirme movimientos observados en el día a día de las sesiones que los terapeutas valoramos como indicativos de cambio. Nos producen la impresión de “situación nueva”, y los propios pacientes lo describen como tal. Estos son:

- 1.- Construir una narrativa de la propia historia.
- 2.- Introyección de un objeto “consultor” con quien se dialoga.
- 3.- Hacer un “mapa” de la propia conflictiva.
- 4.- Ser capaz de sentir empatía movilizadora.
- 5.- Triangulación sobre el conflicto.

1.— Construir una narrativa sobre la propia historia

La paciente de la que estamos hablando, en una sesión hacia el final de la psicoterapia expresa el temor de si podrá mantener ella sola los cambios alcanzados, una ansiedad por otro lado muy frecuente, quizás más en psicoterapia focal y breve. Dice que está muy agradecida por haber podido contar con este espacio durante tanto tiempo. En cambio, al principio, sentía casi imposible el estar hablando cada semana durante un año. Y añade: “La experiencia de hablar con usted, para mí, que soy cerrada, me ha ido muy bien. Me ha ido bien el ver por qué pasan las cosas. He aprendido mucho aquí”.

Poder pensar por qué pasan las cosas y por qué han pasado, reconstruir el relato de la propia biografía, iluminar zonas que han permanecido más en la penumbra a causa del sufrimiento

que provocaba pensarlas, todo ello va dibujando como un esquema del propio funcionamiento mental, pasado y actual, que permite localizar y explicarse los conflictos propios. Y mirarlos con algo más de benevolencia y proximidad.

Los pacientes necesitan responderse a algunos “porqué”. En ocasiones, una explicación a nivel cognitivo, manteniendo el tono hipotético, sin caer en una exposición de hechos o certezas que impidan la simbolización (Ogden, 1986), puede tener un efecto importante de cara a reconstruir la propia historia.

2.— *Introyección de un objeto “consultor” con quien se dialoga*

En la visita post alta, a los seis meses de finalizada la psicoterapia, dice que continua bien, pero que muchas veces se ha preguntado: “¿qué diría mi terapeuta acerca de esto que me pasa?”. Ha echado en falta aquel dar la vuelta a las cosas, aquella visión general. A continuación explica una situación de la organización política a la que pertenece, en la que describe el recorrido de su mirada desde el mundo externo hacia el mundo interno en el conflicto que ha surgido, con la complejidad de sentimientos que implica. Le digo que ya la está haciendo ella misma la visión general... Sonríe: “¡Pues es cierto!”. Es decir, aunque existe el duelo por la pérdida de la terapeuta y del espacio terapéutico reales, se va acompañada por la identificación con un objeto nuevo introyectado que simboliza la función terapéutica.

Se introduce un objeto nuevo en el mundo interno del paciente, al que se puede recurrir si se necesita. Equivale a un objeto de confianza, construido internamente a través de la experiencia emocional de haber comprendido y de haberse sentido ayudado. Su función va a permanecer más allá de finalizada la terapia, y va a consistir principalmente en ayudar a la autoobservación. Me parece interesante la aportación de Busch (2011), en la que subraya el factor intelectual o cognitivo en la autoobservación como un logro de la psicoterapia psicoanalítica.

3.— *Hacer un “mapa” de la propia conflictiva*

Para ejemplificar éste y los siguientes puntos, mostraré algunas viñetas del proceso diagnóstico y del tratamiento de una paciente, a la que llamaremos Alejandra, de veintisiete años.

El primer encuentro con ella se caracteriza por su preocupación de que yo no alcance a ubicarme respecto a lo que le pasa, preocupación que se irá repitiendo a lo largo de la entrevista. Puede decirse, asimismo, que viene dispuesta a dirigirla. Quiere explicarme las cosas desde el principio “para que usted se pueda situar”. Todo arranca de un episodio de infidelidad de su pareja que ella no ha podido asimilar y desde entonces está hundida, aunque me quiere matizar —no sin antes asegurarse de que la estoy siguiendo— que los problemas de pareja venían de antes. Recojo la proyección diciéndole que es muy importante para ella sentir que la sigo y que puedo entender su situación. Responde que mucho.

Se trata de una paciente inteligente, en la que convive una parte rígida, incluso con dificultades para pensar, con otra parte sensible y cercana. A pesar de su juventud, goza de una situación profesional exitosa en el ámbito de la empresa en la que trabaja, a la que ha dedicado mucho esfuerzo. Percibe a sus padres como distantes y poco empáticos con sus hijas y muy sujetos a los formalismos de su entorno social, de clase media alta. Tiene una hermana menor, todavía adolescente, por la que siente celos intensos, combinados con sentimientos de ternura y afecto. Es destacable en su biografía el recuerdo de su madre explicándole que tuvo pensamientos de “estrellarse con el coche junto a ella”, cuando era bebé, al descubrir el alcance de la adicción del padre al consumo de sustancias estimulantes.

Refiere unos “picos de rabia” con su pareja cuando surgen contrariedades, o algo que no entiende o con lo que no está de acuerdo. “No me descontrolo, pero opto por hacer cosas que podría no haber hecho, como romper un plato, marchar de repente, dar un puñetazo sobre la mesa...”. Se habían distanciado y estaban ambos muy sumergidos en el trabajo. “Lo empujé hacia otra”, aunque la infidelidad no fue actuada, sino que consistió en una relación de enamoramiento que su pareja ya había abandonado cuando ella la descubrió. Su desespero fue tal al enterarse que

empezó una serie de actuaciones, como escribir mensajes a la chica, peleas con su pareja, dos de ellas con empujones y mordiscos.

En la segunda entrevista me dice, mientras la sigo por el pasillo hasta mi despacho: “esta distancia entre la sala de espera y su despacho le permite a usted quitarse de la cabeza el paciente anterior mientras va a buscar al siguiente”. Entiendo que necesita asegurarse que todo mi pensamiento esté dirigido a ella, sin lugar para un tercero. Explica que ayer su madre fue a visitarla a casa. “Ella es la mejor y la única, solo ella sabe de todo. Si estuviera aquí, le diría cómo ha de hacer las cosas, dónde ha de colocar la caja de kleenex, etc.”. Quedó algo conmovida en la entrevista anterior, por volver a removerlo todo. Explica que está de baja laboral, muy mal visto en la multinacional para la que trabaja, pero teme que le vuelva a pasar lo que le ocurrió un día, que tuvo que salir corriendo de una reunión porque sentía ganas de llorar. Le digo que me está explicando un miedo a no poderse contener, no solamente en el trabajo sino en general; siente mucha angustia de no poderse aguantar y que esto le provoque una catástrofe. Dice que sí. Añade que todavía no me ha explicado una cosa de la época en que se enteró de lo de su pareja: estando con su hermana pequeña empezó a cortarse el pelo con las tijeras, a mechones, y ésta se puso a llorar; le dio mucha pena. Le digo que parece que lo sucedido le produjo un impacto tan grande que necesitaba “hacer” cosas, su capacidad de pensar quedó desbordada. Dice que tiende a eso.

De repente dice: “vamos a cambiar. Ahora seré yo quien le haga las preguntas”, añade sonriente. “Ahora no vaya a hacer aquí conmigo como su madre...”, le respondo también sonriente. Ella capta el tono distendido y responde que también tiene esta propensión de su madre, pero quiere preguntarme cómo la veo y también sobre la terapia. Pienso que le puedo decir que veo dos aspectos en ella: una parte sana que funciona y otra parte con muchas dificultades que vienen de lejos, en la que los conflictos la desbordan. Le explico los pasos a dar y el tratamiento que propongo. Se despide más tranquila.

Pienso que se trata efectivamente de una paciente muy disociada, que se defiende a través de actuaciones, cuando no puede contener la ansiedad, y con defensas omnipotentes; hay conflictos alrededor del sentimiento de exclusión y de vacío, que se expresan en forma de celos,

pero que evolutivamente parecen inscribirse en situaciones más primitivas, de relación con el objeto primario. En esta ocasión indico una psicoterapia sin tiempo delimitado de antemano, que acaba siendo de dos años, el máximo posible en nuestra Unidad. Se muestra muy necesitada de ayuda y de que alguien la entienda.

Aunque sabemos que el único tratamiento posible para los trastornos graves del carácter es el psicoanálisis, otra cuestión es cómo lo abordamos en las psicoterapias. Muestra de ello es la dificultad en aceptar la asimetría, contra la que la paciente está “caracterialmente” luchando (E. Ger, 2017)².

La psicoterapia ayuda al paciente a diferenciar los aspectos sanos de la personalidad de otros aspectos más difíciles y enfermos, y facilita también al terapeuta el profundizar en éstos. Partiendo de una concepción topográfica de la mente, con diferentes aspectos en relación dinámica entre sí, la posibilidad de tener identificados y localizados los conflictos libera al paciente del sentimiento que la parte patológica es todo lo que él es. Así pues, cuando los pacientes logran hacer un “mapa” de la conflictiva, se sienten más dispuestos a acercarse aquellos aspectos más dificultosos, siempre dolorosos. Ayuda a ello la modulación de los movimientos de escisión, negación y proyección puestos en marcha para evitar el sufrimiento persecutorio y depresivo. Un ejemplo de esto en la paciente:

Progresivamente, los ataques hacia la pareja y hacia las figuras paternas van conviviendo con sentimientos de mucha pena, especialmente hacia la pareja, por el dolor que le causa. Esto facilita que podamos profundizar, por ejemplo, en su rabia, con la seguridad de que su parte más resentida está conviviendo con sentimientos positivos, sin invadirlo todo. “No me siento tan mala, porque también existe una parte buena en mí”.

4.— *Ser capaz de sentir empatía movilizadora*

² Comunicación personal.

La paciente me explica en una sesión que, aunque se sentía excluida de las relaciones que está estableciendo su pareja en su nuevo trabajo, le valora cuando piensa cómo podía sentirse él cuando a ella le sucedió lo mismo en un master muy absorbente e intensivo que realizó hace un tiempo, y él no tenía nada en aquel momento.

Muy ligado al punto anterior, poder empatizar y ponerse en el lugar del otro lo entiendo como señal de cambio y, a la vez, precursor de otros cambios, como el de la triangulación.

5.— *Triangulación sobre el conflicto*

En la paciente continúan apareciendo los celos, a veces con un sufrimiento más cercano a la tristeza que a la rabia. Me explica que su pareja le ha hablado de una compañera de trabajo por un asunto concreto. Pero observa cómo se dispara la fantasía en su cabeza, empieza el interrogatorio, se siente extraña respecto a él, siente unos celos intensos. Le digo que a veces da la impresión de que solo puede valorarle cuando le imagina deseado por otra, según ella misma me explica. Añado que quizás por eso se aferra al recuerdo de la infidelidad. “Lo que me pasa ahora —dice la paciente— es que puedo salir antes de lo que estoy sintiendo. De verdad, le estoy muy agradecida por la psicoterapia”.

Aparecen, pues, señales de triangulación, dado que puede ver este conflicto desde diferentes ángulos: un *yo* que siente y al mismo tiempo un *yo* que observa lo que está sintiendo. Para hacer una indicación de psicoterapia psicoanalítica tenemos en cuenta la capacidad de triangulación del paciente, lo que llamamos la capacidad de estar en *tercera posición* (Britton, 1989). Pero cuando se alcanza esta fase supone un gran alivio para el paciente. Aparece un objeto nuevo: aquel que puede observar las relaciones internas de objeto, desde el sujeto.

A modo de conclusión

A lo largo de una psicoterapia se van produciendo muchas oscilaciones, en sentido amplio, de avance y retroceso, entre el progreso y la regresión, entre una integración más saludable o hacia las resistencias defensivas. Como terapeutas nuestra función es incidir en este recorrido, dotando de significado lo que acontece en la vida emocional y relacional del paciente, y en su mundo interno.

En este artículo pretendo rescatar la importancia que tiene la observación de los *momentos* que se dan en el curso de la relación con el paciente, verbalizados por él mismo (es obvio que existe el lenguaje no verbal, de gran riqueza expresiva, pero ese sería objeto de otro artículo). En realidad se trata de *momentos* y de *microcambios*, pero que despiertan en el terapeuta la hipótesis de tendencias más consolidadas. Más allá de los apartados mencionados, para cada paciente hay un diseño particular de objetivos terapéuticos necesarios que debería poder alcanzar. Por ejemplo, cuando las defensas omnipotentes son intensas, poder adquirir *insight* sobre éstas supone un duelo para el paciente, pero al mismo tiempo un gran alivio porque implica un cambio profundo: se liberan otros aspectos de la personalidad que habían quedado sometidos a estas defensas.

A veces, los *momentos* pueden ser reacciones nuevas, o un sentimiento diferente respecto a las mismas circunstancias de siempre. Por ejemplo, percibir un cansancio del paciente, que se manifiesta por primera vez, cuando se escucha a sí mismo repitiendo las mismas cosas, ya que todavía no puede hacerlo de otra manera. Un paciente me decía: “siempre le explico lo mismo, quizá ya está cansada...”. Habíamos hablado mucho de su inquietud por llegar a agotar al otro, de que éste se cansara de él y le abandonara. Pero esta vez aparecía ligado a la repetición, “explicar lo mismo”, no a lo que él sentía o le pasaba, sino a algo que hacía. Así pues, le dije que quizá me estaba hablando de su propia fatiga por estar tan prisionero de este aspecto suyo, que conocíamos tan bien. Estos *momentos*, que apuntan a *microcambios*, pueden inscribirse en los apartados anteriormente mencionados, o en otros diferentes, según los modelos de la mente de cada terapeuta.

Para terminar, solamente subrayar la importancia de una mirada atenta del terapeuta hacia todo lo que acontece, para poder ayudar al paciente a que lo observe también. Una manera de hacerlo es que todo movimiento hacia una modificación, por pequeña que ésta sea, ha de ser recogida por el terapeuta, lo cual quiere decir que ha de ser mostrada, reseguída y recordada en las sesiones siguientes cuando se dé el momento adecuado. En psicoterapia breve —y creo que no solamente en psicoterapia breve— el terapeuta ha de ser activo en este aspecto.

Referencias bibliográficas

Britton, R. (1989), *El complejo de Edipo hoy. Implicaciones clínicas*, Valencia, Promolibro, 1997.

Busch, F. (2011), “Distinguiendo psicoanálisis de psicoterapia”, *Libro Anual de Psicoanálisis*, vol. XXVI.

Grinberg, L. y R. (1993), *Identidad y cambio*, Buenos Aires, Paidós.

Joseph, B. (1989), *Equilibrio psíquico y cambio psíquico*, Madrid, Julián Yébenes, 1993.

Laudo, I. (2013), “Primer premio FEAP 2012: Un reconocimiento a la investigación en psicoterapia”, TEMAS DE PSICOANÁLISIS, núm. 5.

Ogden, T. (1986), *La matriz de la mente*, Madrid, Tecnipublicaciones, 1989.

Resumen

El artículo deriva de preguntas sobre aquello que facilita el cambio en los pacientes de psicoterapia y cómo percibimos los terapeutas dicho cambio, a partir de psicoterapias de orientación psicoanalítica realizadas en la asistencia pública. Entre los elementos facilitadores de cambio, referidos al método y a la técnica de la psicoterapia focal, se destacan la motivación del terapeuta, la función del *setting* externo e interno y de la interpretación de la problemática focal. Entre los factores indicadores de cambios, se señalan diferentes momentos del proceso terapéutico, como el poder construir una narrativa de la propia historia, la introyección de un objeto “consultor” con quien se dialoga, hacer un “mapa” de la propia conflictiva o la triangulación sobre el conflicto.

Palabras clave: evolución en psicoterapia, técnica de la psicoterapia psicoanalítica, asistencia pública, microcambios, observación.

Isabel Laudo

Psicóloga clínica, psicoterapeuta, psicoanalista SEP-IPA,

Ex coordinadora de la Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica d'Adults, Sant Pere Claver- Fundació Sanitària,

islaudo@gmail.com