

Transformaciones en los sueños y en los personajes en el campo psicoanalítico

Transformations in dreaming and characters in the psychoanalytic field

Francisco Sánchez Serradilla

Lic. Psicología
Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica (España)

Reseña del artículo de Antonino Ferro (2009) “Transformations in dreaming and characters in the psychoanalytic field”. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90, 209–230.

La presente reseña cierra un arco por parte del autor, Antonino Ferro, presidente de la Sociedad Psicoanalítica Italiana, junto con otros dos trabajos suyos, en torno a la teoría del campo contemporánea de Bion (BFT), así como en torno a las similitudes y divergencias entre los diferentes modelos psicoanalíticos, respecto al modelo de trabajo clínico que él plantea.

En esta ocasión, el autor profundiza en las operaciones de transformación que pueden producirse tanto en el sueño (entendiendo la sesión como un campo relacional holográfico), cuanto en los personajes que lo habitan.

El concepto de campo relacional holográfico hace referencia a la intersección que se produce en la terapia entre la mente del paciente y del analista. Dando ésta como resultado la posibilidad de que parte del mundo interno del paciente se refleje en la figura del analista y de que este reflejo, enfocado por el terapeuta desde la perspectiva adecuada, ofrezca una maqueta tridimensional del paisaje interior del paciente. Además, la metáfora del campo relacional holográfico plantea la idea de que lo proyectado en él puede aparecer rebasando los límites (internos y externos) y que esto pueda ser observado sin discontinuidades y con una perspectiva diferente, en función de la posición que se elija. Tal y como argumenta Ferro a través de sus ejemplos en este trabajo, la metáfora holográfica condensa varias de las tesis de su modelo clínico.

Este trabajo está ordenado en cuatro pilares que apuntalan lo que el autor expone.

El primero, un recorrido sobre los puntos de convergencia y divergencia entre los diferentes modelos psicoanalíticos, en relación a conceptos psicoanalíticos como reconstrucción histórica/desarrollo del contenedor, la importancia atribuible al material de tipo sueño o el grado de tolerabilidad de la verdad...

El segundo, una exploración de las tres raíces teóricas principales del modelo de trabajo clínico que nos presenta: el concepto de campo, el desarrollo de algunas ideas de Bion vinculadas a su formulación y los aportes de la narratología, como herramienta con la que ofrecer al paciente un discurso alternativo que permita emerger detalles invisibilizados por el discurso dominante.

El tercer pilar, material clínico con el que Ferro ilustra el proceso vivo que nos ha descrito en las páginas previas.

Y el cuarto, un resumen en el que defiende la transición de un psicoanálisis de contenido a uno de desarrollo de los instrumentos necesarios para soñar, sentir y pensar. En este punto, también explora los conceptos de captar y de *casting*. El primero, relacionado con la tendencia a aferrarse a lo conocido en la terapia y el segundo, con la necesidad de que lo que no está simbolizado, emerja representado.

El autor comienza planteando una serie de reflexiones preliminares en relación a los diferentes modelos de psicoanálisis. La primera en torno a los requisitos que considera indispensables para usar el término psicoanálisis. Y la segunda, respecto a las diferencias observadas en los diferentes modelos.

Como requisitos indispensables, para hablar de un abordaje psicoanalítico, señala la convicción de que el inconsciente existe, ya sea en cualquiera de sus formas. Y la asimetría característica del proceso analítico, en el que el analista detenta plena responsabilidad de lo que sucede en la consulta.

Respecto a las diferencias entre los modelos, señala siete:

- Primera, el punto de énfasis en el análisis de cada uno de estos modelos: la reconstrucción histórica del material del paciente; la tarea de hacer consciente lo inconsciente (ya sea fantasmagorizando, o promoviendo instrumentos para contener las protoemociones y transformarlas mediante la función alfa); o una vía intermedia (y yo diría conjunta) en la que la propia reconstrucción histórica sirve de vehículo para la función contenedora y la función alfa.
- Segunda diferencia: la importancia que se le concede a las manifestaciones de los ensueños en la sesión. Planteando Ferro como opciones posibles que: o bien, el sueño del paciente se considera un evento significativo y este es interpretado desde los procedimientos freudianos; o bien, el ensueño del analista (es decir, las imágenes que emergen en la mente de éste) están vinculadas a lo que está ocurriendo en el análisis (elemento esencial para Ferro en el desarrollo de un análisis); o, que toda la sesión sea abordada como si de un sueño se tratara. Para esta última opción, el analista utiliza la coletilla “Tuve un sueño en el que...”, ante cualquier comunicación del paciente, con el objetivo de darle a la sesión un formato onírico. De tal forma que, si el paciente narra cualquier suceso, el analista lo convierte mentalmente (lo *oniriza*, podríamos decir), añadiendo al comienzo del mismo esas palabras. En este sentido, la actividad más importante del analista es el proceso de transformación en soñar (lo que podríamos llamar, la *onirización* de la sesión). La consecuencia interpretativa derivada de esto es que se asume que cada narración del paciente y cada personaje que este trae a escena, captura una realidad del campo psicoanalítico que busca emerger representada en la sesión.

- Tercera diferencia: grado de realidad concedido a las comunicaciones del paciente. Planteándose un rango desde una escucha que considera lo captado como totalmente histórico y realista, hasta una que considera cada comunicación del paciente como poseedora de un grado cero de realidad externa, y por el contrario vinculada a lo que sucede en su mundo interno y en el campo. En este sentido, la sesión se considera un espacio privilegiado para la transformación del funcionamiento mental de paciente y analista.
- Cuarta diferencia: importancia que debe asignarse a los polos opuestos de verdad y mentira y todos los estados intermedios posibles. Y Ferro describe un abanico de tres opciones, a saber: lo que el paciente plantea es una verdad histórica, o se trata de una verdad narrativa, o de una verdad relacionada con el contacto emocional consigo mismo. Esta última opción la concatena con cuestiones como el nivel de verdad tolerable por el pensamiento, la cadencia del analista respecto a las comunicaciones del paciente o la capacidad del analista para tolerar grados de mentira y distorsión.
- Quinta diferencia: diversidad de las modalidades interpretativas posibles, pudiendo ser éstas: reconstructivas, de la transferencia, en la transferencia, insaturadas o saturadas del campo o en el campo o co-construidas (relacionadas con el co-pensar).
- Sexta diferencia (crucial para la terapia, según Ferro): importancia de *qué dice el paciente después de una interpretación*. Pudiendo reaccionar éste o bien haciendo caso omiso de lo escuchado, o bien dando una respuesta sesgada derivada de su manera distorsionada de escuchar o presentando una ensoñación instantánea relacionada con la interpretación recibida.

Este *después*, denominado *après-coup*, supone un motor central para la mencionada BFT, por varios motivos. Recordemos que la teoría del campo de Ferro, basada en el pensamiento de Bion y de los Baranger, parte de la idea del espacio analítico como un ecosistema onírico, vivo y en movimiento, cocreado por las partes disociadas de la mente del paciente y del analista, y en el que lo que ocurre dentro de él (o como dicen los autores del BFT, lo que ocurre dentro del campo), no es tanto resultado de los nudos relacionales perpetuados hasta el presente, sino del diálogo interactivo entre las configuraciones de ese ecosistema analítico y el pasado de paciente y analista (Stern, 2013a; Stern2013b).

Los tres motivos que plantea Ferro sobre la importancia del concepto *après-coup* para el trabajo clínico desde el modelo de la BFT son:

1. Porque las respuestas del paciente son consideradas el termómetro emocional y temático con el que el analista regula sus intervenciones.
2. Porque definen en gran medida la forma en la que funciona el campo: en forma de sumas matemáticas.
3. Porque este reajuste constante entre la interpretación del analista, la respuesta del paciente a esta, y la modulación del analista de su nueva intervención, permite co-construir un nuevo encuentro entre ambos, que rehabilita su mundo interno y reformula su historia.

- La séptima diferencia entre los modelos estriba en la prioridad otorgada por cada uno a los conceptos de transferencia y de relación. Teniéndose en cuenta aquí la subjetividad del analista y su funcionamiento mental en un día determinado, y entendiendo que, a pesar de esta escucha abierta a lo desconocido en el campo, no podemos prescindir del mapa teórico en el que nos apoyamos a la hora de escuchar e interpretar a nuestros pacientes, ya que cada nivel de escucha (edípico, preedípico, de ansiedades psicóticas...) implica estrategias diferentes: más relacionadas con el contenido o con el desarrollo de instrumentos que permitan aumentar el voltaje emocional.

El trabajo clínico como la piedra Rosetta

El *pensamiento clínico*, término utilizado por André Green en 1989, le sirve a Ferro para reflexionar sobre el concepto de *personajes*. Y lo hace a través de un ejemplo, en el que nos dibuja a una paciente que dice encontrarse atormentada por los continuos exámenes ginecológicos a los que debe someterse. Exámenes que siente como intrusivos y humillantes.

Después dice que ha sufrido reflujo gastroesofágico. Y finalmente que, debido a un medicamento homeopático que le ha ofrecido un amigo, se ha sentido muy enferma.

Para interpretar estos personajes, el autor explora tres posibilidades: la primera, entender que pertenecen a la vida real externa del paciente; la segunda, que estarían reflejando los movimientos actuales en la transferencia; y la tercera, que los personajes estarían encarnando las ondas emocionales que se están moviendo en el campo analista-paciente.

Desde esta última opción y en la línea de Ferro, el personaje del ginecólogo representaría la postura analítica, sentida como intrusiva y violadora de la intimidad; el reflujo gastroesofágico señalaría un área que el campo no está siendo capaz de contener, y el malestar sentido tras la dosis homeopática indicaría la reacción del paciente, incluso ante interpretaciones mínimas.

Desde mi punto de vista, resulta evidente la atmósfera de invasión que la paciente de Ferro está experimentando y el intento de su mente, desde la propia teoría de campo (entendiendo éste como un sueño), de elaborar o al menos *presentar* esta emoción de intrusión y desbordamiento. En este sentido, puede resultar útil diseccionar los sentimientos descritos, con el objetivo de intentar averiguar qué los ha detonado en concreto. Por ejemplo, ¿se han disparado a partir de una interpretación específica del analista? O, ¿durante una fase específica de la terapia? O bien, ¿es el propio proceso analítico el que ha hecho brotar estas emociones? Sea uno de estos tres casos, debe analizarse cuál, puesto que cada uno proporcionaría hipótesis clínicas y abordajes distintos. Por ejemplo, el desbordamiento experimentado tras una interpretación concreta puede señalar una isla traumática disociada que el analista ha avistado. Por otra parte, la desregulación durante una fase específica puede indicar un problema de *timing* en el que se estén abordando recuerdos traumáticos, sin por un lado, haber proporcionado al paciente el holding adecuado, y por otro, haberle dotado de recursos personales de autorregulación que le permitan regresar a su *margen de tolerancia* (Ogden y Fisher, 2016). Por último, el sentimiento de verse invadido, forzado y rebasado ante el proceso terapéutico en sí mismo, puede llevar el foco al apego dañado, entendiendo que el paciente experimenta al otro como alguien que le paraliza, no respeta sus límites íntimos

y le daña. Es decir, el otro es más una fuente de peligro que de seguridad (Wallin, 2012). Sea como fuere, pareciera en todos los casos que se está sobrepasando el margen de tolerancia del paciente, lo cual, tal y como señala Ferro, debe hacernos pensar, detenernos y retroceder en nuestro avance. También es interesante tener en cuenta que la sensación de invasión del paciente, está corporizada en el relato. es decir, los límites violados que narra son físicos (e íntimos o viscerales). Esto puede indicarnos el proceso regresivo de traducción y de transducción (esto es, contenido cognitivo-el pensamiento de sentirse invadido-y emocional-el sentimiento de sentirse invadido-representado en forma de sensaciones físicas) con los que el paciente intenta manejar sus sentimientos.

Narraciones en el campo: el abuelo “incontinente”

Para ilustrarnos las distintas maneras de interpretar la narrativa del paciente, el autor nos trae el ejemplo de una mujer que narra el recuerdo infantil de ser tocada bajo la falda por el abuelo de una amiga, cuando iba de visita a casa de ésta.

Tres vías de abordaje son las planteadas. A saber, hacer consciente lo inconsciente para lograr el autoconocimiento, entender la narración como representativa del vínculo transferencial, y una vía de triple escucha en la que:

1. Se respeta la comunicación manifiesta del paciente.
2. Se lee como representativa de lo relacional actual (sin interpretarlo, y entendiéndolo como una señal del campo psicoanalítico).
3. Se ve como un indicador de la actividad emergente en el mundo protoemocional y protosensorial del paciente.

La consecuencia de este último vórtice de escucha es que da pie a que se produzca lo que Ferro llama un nuevo e impredecible *romance* entre las mentes involucradas de los conarradores.

Finalmente, concluye el autor, es más importante aprender a leer y producir nuevos alfabetos e idiomas que familiarizarse con cualquier historia concreta, y tender con ello hacia un psicoanálisis que priorice el desarrollo de instrumentos para soñar, sentir y pensar, en lugar de un psicoanálisis de contenidos.

Transformaciones en el sueño: deconstruyendo y desconcretizando las comunicaciones

A través del concepto *transformaciones en soñar*, llevado a cabo mediante el filtro mencionado anteriormente “Tuve un sueño en el cual...”, el autor ilustra en este apartado el proceso de *alfabetización*, mediante la *deconstrucción narrativa* y la *desconcretización* de lo narrado por el paciente.

La alfabetización planteada por Ferro, basándose en la obra de Bion, consiste en la transformación de las experiencias sensoriales y emocionales primitivas (protosensaciones y protoemociones) que han ser simbolizadas (denominadas elementos beta por Bion), en material representado simbólicamente (denominado elementos alfa por Ferro).

En este proceso, la aplicación del filtro onírico (“Tuve un sueño en el que...”) logra un camino comprensivo mucho más amplio y rico, ofreciendo alternativas a veces impredecibles; es decir, logra desmontar la comprensión unívoca de la narración del paciente: su deconstrucción narrativa. Rescatando a Bollas (1999), en relación al concepto de deconstrucción, Ferro recuerda que el método de la libre asociación permite esta deconstrucción de los vértices previamente bloqueados.

La segunda ventaja de la aplicación del filtro onírico es la desconcretización. Es decir, despegarse de lo literal en el relato y entenderlo como una metáfora, para facilitar posibles interpretaciones.

Condensando estos tres conceptos en un ejemplo titulado “La operación de mamá”, el autor traduce la declaración de una paciente que afirma “He decidido operarme porque no estoy satisfecha con mi pecho” por “Tuve un sueño en el que decidí operarme porque no estaba satisfecha con mi pecho”. El resultado de la aplicación del filtro es que se producen los fenómenos mencionados. Esto es, afirma Ferro, la escucha se expande, se deconstruye y se sale de lo concreto.

Raíces teóricas del modelo

Ferro argumenta tres pilares para fundamentar su comprensión y abordaje clínicos: el concepto bioniano de *pensamiento de sueño despierto*; el concepto de *personajes* que, como hemos visto, lo aborda desde la narratología y el concepto de campo formulado por Baranger y Baranger (1961-62) y desarrollado posteriormente por múltiples autores.

El pensamiento de sueño despierto es aquel que tiene el analista de forma asociativa a las comunicaciones del paciente y que da lugar a narrativas derivadas del relato, considerando que el campo funciona como funciona un sueño, desde el principio. En este sentido, tanto los hechos más aparentemente anclados en la realidad como los sueños (estrictamente hablando) de los pacientes, se entienden como contenedores de significado, relacionados con el campo. Los personajes se entienden como *guantes de horno* que permiten acercarse a los contenidos ardientes. Es decir, a las protoemociones y a las protosensaciones por elaborar.

Para ilustrar la forma en que las protosensaciones quedan asociadas a las protoemociones y éstas últimas a estímulos (yo diría, fragmentados), Ferro nos ofrece un ejemplo en el que un paciente acude a terapia por una fobia a los extranjeros, el cual relata una experiencia en la que estos estaban camuflados. La asociación entre el estado de pánico y el camuflaje es lo que hará, comenta el autor, que todos los sujetos enmascarados parezcan peligrosos. Ya que potencialmente podrán detonar el estado protoemocional de pánico.

Cabe preguntarse si la secuencia asociativa planteada por Ferro, guarda un paralelismo, con el fenómeno de *generalización* propuesto por el conductismo. Y recordar, desde la neuropsicología del trauma, que el funcionamiento del tálamo, encargado de ensamblar los estímulos para ofrecerle un puzle coherente de su experiencia al sujeto, es ineficiente bajo el estallido de la amígdala inundada por el pánico (Van der Kolk, 2015). Lo cual justifica desde la neurociencia el último eslabón de la cadena asociativa de Ferro: un estímulo inocuo (el camuflaje) que queda bañado de una sensación aterradora.

Por supuesto, nos recuerda el autor, el requisito para poder aplicar el filtro onírico descrito es que el paciente posea una función alfa suficientemente buena. Es decir, que sea capaz de generar pictogramas, pensamiento en imágenes relacionado materialmente con el contenido que intentan expresar (y yo añadiría, la capacidad de pensar a través de metáforas). Si el paciente no posee dicha habilidad, el analista puede prestarle sus propias ensoñaciones, e ir construyendo secuencias alfa conjuntamente, lo que permitirá al paciente desarrollar su propia función alfa, su capacidad de contención y finalmente introyectar ambas.

La segunda raíz teórica, el concepto de campo, se refiere a la suma de los mundos posibles del paciente y del analista. Como el campo es susceptible de sufrir una deriva subjetiva si, por ejemplo, se enfocan escenas inclinadas a confirmar las teorías del analista en detrimento de otras disociadas contenedoras de elementos beta, hemos de confiar en la ética, el análisis personal, la preparación y la responsabilidad del analista para elegir las escenas que promuevan la alfabetización, para salvaguardarnos de desorientarnos en el campo. En este sentido, el *límite de interpretación* y el *límite para la apertura de mundos posibles* dos conceptos de la narratología tomados por Ferro de Eco y de Pavell (Eco, 1979, 1990; Pavell, 1976), sirven a este propósito.

Por otro lado, las fases que el paciente debe atravesar en el proceso de alfabetización que ha de producirse en el campo son, en sentido metafórico: la alfabetización, la alexia, la dislexia y la lectura fluida. Produciéndose finalmente la propagación de las patologías del paciente en el campo, ya que como señaló Freud, a quien cita Ferro, “uno no puede vencer a un enemigo que está ausente o que no está al alcance” (p. 219).

Respecto a la tercera raíz teórica, los personajes, el autor señala que el trasvase de la atención del analista, desde las comunicaciones del paciente y desde la contratransferencia hasta los personajes que cobran vida en el campo, permite deconstruir la madeja transferencial en subunidades narrativas que luego pueden transformarse una por una y volver a integrarse constantemente. Algo así, como si la focalización sobre cada personaje que entra en escena permitiese diseccionar la contratransferencia en subsecuencias. Y de esta forma, desenredar el entramado proyectado por el paciente sobre el analista.

Finalmente: en mi consulta

Con el objeto de ilustrarnos el cuerpo teórico planteado, Ferro nos expone el caso clínico de un joven psicólogo que acude a su consulta. De entre todo el material clínico que el autor nos ofrece, el que más aporta a lo argumentado hasta este punto es el relacionado con una experiencia de la infancia. Como el paciente narra varias vivencias relacionadas y Ferro utiliza la concatenación de éstas para elaborar su interpretación, he decidido titular cada una en pos de la claridad expositiva de esta reseña. Las he llamado “El exilio de la infancia”, “El amargado desayuno” y “El loco escapado”.

Filippo, el paciente, cuenta que cuando nació su hermana él fue enviado a Suiza para ser cuidado por sus abuelos. Comenta que con ellos se sintió muy bien, pero recuerda que por las mañanas le daban para desayunar un vaso de leche que resultaba ser tan amarga que después le ofrecían una o varias cucharadas de azúcar para endulzarlo. Y dice que años después recordó que de niño, cuando aún vivía con sus padres, solía levantarse a las

seis y media de la mañana para llevarles a sus padres café y galletas, mientras yacían en la cama.

Continuando con el caso, tras cancelar dos sesiones consecutivas, Filippo le explica a Ferro con gran ansiedad que “un loco se ha escapado del albergue en el que vive”. A lo que el paciente añade que él posee un certificado que, de entregarlo a la policía, podría detenerle y obligarle a someterse a tratamiento. Y hasta aquí el material narrado, lo que el paciente cuenta.

La interpretación de Ferro comienza por el final y se rebobina hasta la primera escena, es decir, conserva el orden asociativo del discurso de Filippo, pero en sentido inverso. Esto es, la escena del loco, del certificado y la posibilidad de detenerle, estarían relacionadas con el deseo del paciente de detener a Ferro y con la percepción que aquel tiene de este: como alguien incontrolable y peligroso (recordemos que cada escena se lee como una señal del campo y cada personaje como la encarnación de una emoción que se está generando y desplazando en el campo mismo). Esta escena, a su vez, habría conectado al paciente con el hecho de ser expulsado del lado de sus padres a pesar de haber sido tan bueno. Y esto, finalmente, le habría hecho reactivar la experiencia del exilio a Suiza, donde el amargor de la leche reflejaría el dolor por estar tan lejos de casa.

El análisis, nos explica Ferro, conectó a Filippo con su reacción ante la separación: el pánico. Activándose en él la secuencia asociativa construida a partir de su experiencia: estar separado del otro supone el exilio, es decir, puedo ser expulsado de mi hogar aunque yo no quiera (como mi vecino loco que puede ser llevado a otro sitio por la fuerza). El medio de que no me echen es complacer al otro, servirle, portarme bien y aplacarle (como cuando de niño hacía de camarero matutino de sus padres). En este sentido, desde mi punto de vista, es interesante recuperar el trabajo de Lichtenberg (2001) La complacencia como cooperación, la complacencia como defensa: un ejemplo de tensión dialéctica en el intercambio clínico.

Una de las tareas fundamentales en el análisis, señala el autor, es la de mantener el equilibrio entre las interpretaciones demasiado directas y el exceso de mitigación. Lo primero detendría el proceso, lo segundo lo extinguiría. Y su peor temor, confiesa, es el de realizar un análisis falso, por lo que prefiere un abordaje de menos intervenciones pero de mayor autenticidad.

Jueves

Aquí, el autor transcribe una sesión del análisis de su paciente, Filippo, ofreciendo una resonancia (entendida como proceso vivo) del modelo teórico descrito.

Empieza Ferro comentando su insatisfacción, tras la última sesión, con su línea de trabajo, ya que sintió que el paciente había experimentado sus interpretaciones como críticas y faltas de sintonía respecto a lo que él estaba diciendo. Esto le sugirió que los puntos de vista alternativos que le proponía podían ser prematuros.

El material de la sesión que nos presenta puede resumirse en tres momentos:

El primero, un sueño del paciente en el que es bombardeado y también amenazado por unos dientes gigantes (que atraviesan la piel de los personajes del sueño), de los que logra salvarse ocultándose tras una pared. El segundo, una experiencia relacionada con la

comida en la que el paciente se indigesta; esto sucede tanto en casa de su madre, como en un restaurante al que acude con una amiga. Y el tercero, el recuerdo de haber presenciado peleas de gallos cuando visitó el Lejano Oriente, algo que describe como emocionante pero sangriento.

En la línea interpretativa de la teoría de campo planteada, Ferro traduce cada una de estas escenas y los personajes que las protagonizan, como metáforas de lo que el paciente está sintiendo dentro del campo y de lo que ambos están cocreando.

Esto es, los amenazantes y perforadores dientes del sueño como el daño y el miedo percibido por el paciente ante las interpretaciones del analista, la comida indigesta como la dificultad para metabolizar las emociones activadas en la terapia, y las peleas de gallos como una llamada de atención sobre el exceso interpretativo de Ferro, o de interpretaciones demasiado automáticas (es decir, a renglón seguido del material relatado por el paciente).

Esta última escena, las peleas de gallos, es a su vez interpretada por el propio paciente, quien contrasta su necesidad de protegerse tras una pared de las interpretaciones, con el deseo de experimentar emociones aunque hagan sangrar.

Conclusión: siendo tenaz con el molde, moldeando la tenacidad

En este último apartado Ferro subraya la importancia de insistir en un modelo, unas herramientas y una perspectiva clínica que permitan ir más allá de lo conocido en las teorías que cada analista maneja. Y para ello se apoya en dos conceptos metafóricos: el concepto de *casting* (o molde) y el de *reflejo*.

El primero, nos lo plantea desde la polisemia que encierra. Ya que un *casting* es un molde, que puede servirnos para comprender cómo el paciente va encajando los estados emocionales con los que entra en contacto en la terapia, en el elenco de personajes (y aquí la segunda acepción) que hacen acto de presencia en cada sesión. Personajes que permiten encarnar el pensamiento soñado en el nivel emocional.

Por su parte, el concepto de reflejo lo recorre con tres ejemplos: el reflejo de aferrarnos, el de caminar automáticamente y un tercero que acuña, al que llama arbóreo, que podría entenderse como la necesidad de enraizarnos. Han de comprenderse estos reflejos metafóricamente y, desde ahí, aplicar lo que plantea Ferro a la terapia.

El primero, el de aferrarnos, desaparece rápidamente, comenta el autor. El segundo, puede implicar que *camínemos automáticamente* en el análisis, sin preguntarnos hacia dónde vamos, ni por qué. Un caminar automático que puede mantenernos sin meta, avance, ni objetivo, dando vueltas en círculo en torno a lo conocido. Es decir, enraizados en aquellas teorías que nos resultan familiares.

Y es que, para poder abordar el análisis como dice Ferro, “Sin memoria ni deseo” (p.226), recordando la frase de Bion, es necesario diferenciar entre la necesidad innata de nuestra especie de encontrar significado a lo que no comprendemos, y la certeza rígida de haberlo encontrado ya, y no buscar (en el) más allá.

Comentario personal

Este interesante artículo abre un abanico de temas que es necesario tener en cuenta durante un análisis. El modelo de trabajo clínico que propone Ferro desdobra la realidad de las sesiones y logra alumbrar horizontes que no se esperaban descubrir. Algo así como alcanzar América, en vez de Las Indias.

Recorriendo lo que Ferro plantea, con objeto de profundizar en ello, y en un intento por ofrecer un análisis a medida (que no *ad hoc*) a cada paciente, cabe destacar las siguientes cuestiones.

Respecto a la asimetría entre analista y paciente, requisito previo para considerar un proceso como psicoanalítico, es interesante recordar las aportaciones de Wallin en su obra *El apego en psicoterapia* (2012), respecto al *paciente preocupado*. Pues uno de los patrones que despliegan quienes manejan este tipo de apego es el de la impotencia. Es decir, vincularse al otro a través de una identidad ansiosa y aparentemente desprotegida y carente de recursos. En este sentido, si no logramos distinguir la apariencia de la realidad y esto se conjuga con nuestras necesidades disociadas como analistas de ser idealizados, podemos sostener en la “necesaria” asimetría analítica una postura iatrogénica para este tipo de pacientes.

Respecto a la aplicación del filtro onírico (“Tuve un sueño en el que...”) para formatear la sesión y detonar hipótesis novedosas, es importante subrayar algunos temas:

- La aplicación del filtro en vivo y en directo durante la sesión no resulta sencilla. Ya que es un ejercicio que el analista puede tener que hacer mentalmente, sin decirlo en voz alta, por varios motivos: para no ofrecer interpretaciones automáticas, o porque el análisis está en sus primeras fases, o porque la capacidad del paciente de generar pictogramas es limitada... Y esto, mientras atiende al desarrollo del relato externo del paciente. Lo cual puede suponer todo un ejercicio de disociación instrumental, que ponga a prueba y sature su memoria de trabajo (Baddeley y Hitch, 1974) y su atención dividida. Téngase en cuenta que al no poder ponerlo en palabras, el bucle fonológico, componente central de la memoria de trabajo, no puede mantener viva la información a través de la repetición articulatoria. Lo que puede generar un estado de confusión entre lo que se intenta “escuchar” por dentro y lo que proviene de fuera. Esto puede transmitir al paciente una sensación de que no se está emocionalmente presente y en consecuencia de que él no es atendido. Impresión que puede suponer un desencadenante relacional en sí mismo, para los pacientes disociativos que han crecido con padres ausentes. Si nuestra expresión facial de base es preocupada y emerge mientras aplicamos mentalmente el filtro onírico, podemos desencadenar a aquellos pacientes que han crecido con figuras hipnotizadas por sus propios problemas. Si nuestra expresión, en cambio, es de cara de póker podemos desencadenar a quienes han crecido junto a padres negadores, desconectados de su propia emocionalidad (Wallin, 2012).
- Por otro lado, en relación al grado de realidad atribuido a las declaraciones del paciente, considero necesario pivotar en función de las características de la persona (capacidad de insight, analizabilidad, tipos de defensa...), de la fase de la terapia y de su estado mental en un día concreto, tal y como señala Ferro, para gestionar una u otra opción. Y en relación a lo anterior, y respecto a los polos opuestos de verdad y mentira, ha de tenerse en cuenta que la palabra mentira posee

una connotación intencional, muy lejos de la distorsión que provocan las defensas, pero muy cerca en su resultado.

Por su parte, el concepto *après-coup*, como ya se ha señalado, resulta sumamente útil para originar opciones interpretativas inesperadas y alumbrar escenarios aún por inaugurar. Sin embargo, es posible que este GPS del campo nos lleve a una deriva temática en las sesiones, resultándonos difícil encontrar un foco estratégico claro.

Para solventarlo, podemos apoyarnos en enfoques que pueden resultar compatibles con el modelo *in vivo* de Ferro, como el Triángulo de Malan (citado en Ávila Espada, Roji Menchaca y Saúl Gutiérrez, 2004), desarrollado posteriormente por Angela Molnos (1984), las señales somáticas propias, investigadas ampliamente por Ogden y Fisher (2016) y el diálogo de nuestra contratransferencia.

Respecto a la idea de análisis enfocado en aumentar el voltaje emocional, cabe señalar, que aquí el autor coincide con Ogden quien propone, en su obra *Psicoterapia Sensoriomotriz: Intervenciones para el trauma y el apego* (Ogden y Fisher 2016), que una de las tareas del trabajo clínico es la de recorrer, habitar y empujar los márgenes de tolerancia del paciente, con el fin de ensancharlos.

La denominación de *nuevo romance* para bautizar la conarración entre paciente y analista evoca el concepto de experiencia emocional correctiva de Franz Alexander (Alexander y French, 1946). Y la conarración que menciona Ferro, que implicará una negociación continua, puede ayudar a trabajar los límites relacionales, al desplegarse un escenario dialéctico democrático en el que el paciente experimenta al terapeuta como alguien que respeta sus intuiciones, su percepción y su relato sobre su propia experiencia, sin intentar imponer las interpretaciones y la comprensión clínica que como profesional posee, construyendo así un sendero entre la interpretación de lo patológico pero no de lo que no lo es. Algo así como recorrer un camino sin pisotear la hierba de las orillas, ni las flores que crecen entre los adoquines. Intervenciones concretas en esta dirección son preguntas que el analista puede hacer al paciente del tipo “¿Estás de acuerdo con lo que te acabo de plantear? ¿Te parece que esto encaja con tu experiencia? ¿Cómo te llega lo que te acabo de decir?... (López Casares, comunicación personal, 9 de mayo de 2018).

Como propone Ferro, el concepto de deconstrucción narrativa resulta una herramienta interesante y útil para introducir elementos (detalles, personas, hechos, emociones...) que quedaron fuera de la historia dominante. Debe entenderse que aludiendo al concepto de la teoría de campo, este, el campo relacional mismo, queda *fotografiado* (es decir, almacenado internamente como una imagen rígida) en la mente del paciente en experiencias concretas, dando lugar a lo que Ferro denominó como *áreas calcificadas* del relato, o *escenas modelo* en palabras de Hugo Bleichmar (1997), o islas traumáticas disociadas (Boon, Steele, y Van der Hart, 2014) y el corolario de *creencias matrices pasionales* (Bleichmar, 1997).

El abordaje de Ferro de estas áreas calcificadas a través de la transformación de los contenidos mentales resulta interesante para desarticular, enriquecer y rearmar de una forma distinta y más sana la escultura mnémica que el paciente tiene de su experiencia. Es decir, el relato y el recuerdo de qué sucedió en una determinada situación. Pero tengamos en cuenta varias cuestiones.

La primera, que los recuerdos traumáticos o “problemáticos” que los pacientes traen a consulta se graban de distinta forma que los recuerdos normales. Esto es, dejando una huella no sólo en la mente sino también en el cerebro y en el cuerpo (Van der Kolk, 2015). Desde este punto de vista, la simbolización de lo proto (sensorial y emocional) supone una herramienta de regulación de arriba-abajo. Es decir, desde la capacidad de elaboración consciente de la corteza prefrontal al cuerpo. Lo que significa, sobre todo (aunque no únicamente eso), una intervención en la cara cognitiva de la escultura traumática. Pero puesto que la huella mnémica del trauma es multifacial y uno de sus registros es el somático, la desarticulación de la “escultura” no debería dejar de lado el trabajo con el cuerpo (a través, por ejemplo, de intervenciones de carácter sensoriomotriz), en favor de la terapia hablada (Ogden y Fisher, 2016). La narrativa somática suele quedar seriamente dañada tras aquellas experiencias que han desembocado en la disociación. Recordemos que esta defensa, la disociación, posee un triple registro: mental (donde se almacenan cogniciones o escenas fragmentadas o aisladas), cerebral (donde se almacena el funcionamiento cortocircuitado de las áreas corticales y subcorticales implicadas) y corporal (refugio de las protosensaciones y de las protoemociones por elaborar).

El segundo aspecto a tener en cuenta se refiere a un nuevo instrumento de evaluación del plano cognitivo de la escultura traumática, que yo mismo estoy investigando y que me permito presentar en esta reseña. Y es que las experiencias convertidas en áreas calcificadas sucedieron en edades determinadas del sujeto, edades en las que éste atravesaba un determinado estadio en su desarrollo cognitivo (Piaget e Inhelder, 1956), con los distintos tipos de funcionamiento del pensamiento, característicos de éste (e.j. el pensamiento mágico, la ausencia de reversibilidad, el pensamiento egocéntrico...). La epistemología genética piagetiana puede ofrecernos un mapa para datar la “edad” del área calcificada ante las que nos encontramos, ya que el sujeto, al relatar lo traumático, reactiva tipos de funcionamiento (formas de pensamiento y comportamiento) característicos del estadio en que ocurrieron los hechos, que a su vez son representativos de una edad determinada. Nos ofrecen en consecuencia una pista sobre la intensidad del movimiento de regresión que está realizando el paciente en su recuerdo relatado o en su *acting*. Algo así como una prueba del carbono-14 del trauma.

Por último, me gustaría señalar que relacionando la comprensión de la teoría del campo desde el *après-coup*, la conclusión de Ferro de que no sólo la mente del paciente se está moviendo y cambiando en el análisis, sino que también lo está haciendo la del terapeuta, podemos apuntalar la afirmación de que el campo representa una serie de sumas, desde las operaciones matemáticas. Y es que, se suele recordar, coloquialmente, que la multiplicación ofrece un resultado mayor que el de la suma. Y aplicando esto al encuentro entre dos personas, como ocurre en el campo psicoanalítico, se diría que la multiplicación de sus identidades ofrecerá un resultado mayor que la mera suma de éstas. Sin embargo, la multiplicación matemática implica la repetición invariante de los elementos hasta alcanzar el resultado. Si entendemos estos elementos como paciente y analista, no podemos aspirar a un análisis *sin memoria ni deseo* si alguno de sus elementos se manifiesta o es captado de forma repetida sesión tras sesión.

Sin embargo, otros enfoques de lo disociado como el de Ogden y Fisher (2016) abordan en su modelo de trabajo, la psicoterapia sensoriomotriz, la sensación de repetición que el paciente puede tener respecto a lo que se le plantea, se le pide o la forma en que se interpretan sus síntomas o dificultades (algo más parecido a las sumas de una multiplicación) a lo largo de las sesiones y/o de las distintas fases de terapia. Este abordaje

permite anticipar la sensación de redundancia y el desinterés que el paciente puede experimentar. Otra forma de paliar la sensación de estarnos repitiendo es apoyarse en la comparación del análisis con la figura de un torbellino, donde las temáticas giraran varias veces sobre el mismo eje vertical, pero no horizontal. Es decir, sobre el mismo punto, pero a diferente altura. Esto es, con un aporte diferente tanto en la mente del paciente, como del analista (López Casares, comunicación personal, 21 de febrero de 2018).

No obstante, tal y como describe Ferro, la comunicación del paciente es difractográfica (y la del analista también, añadiría yo), por lo que tal vez la potenciación matemática puede ser una metáfora numérica más representativa de lo que ocurre en el campo.

Referencias

- Alexander, F. y French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy; principles and application*. Oxford, Reino Unido: Ronald Press.
- Ávila Espada, A., Roji Menchaca, M. B. y Saúl Gutiérrez, L. A. (Eds.). (2004). *Introducción a los tratamientos psicodinámicos*. Madrid, España: UNED.
- Baddeley, A. D., y Hitch, G. (1974). Working memory. *Psychology of learning and motivation*, 8, 47-89.
- Baranger, M. y Baranger, W. (1961). La situación analítica como campo dinámico, *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. 4(1), 3-54.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona, España: Paidós.
- Bollas, C. (1999). *The mystery of things*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Boon, S., Steele, K. y Van der Hart, O. (2014). *Vivir con disociación traumática. Entrenamiento de habilidades para pacientes y terapeutas*. Bilbao, España: Desclée de Brower.
- Eco, U. (1979). *The role of the reader*. Bloomington, Estados Unidos: Indiana University Press.
- Eco, U. (1990). *The limits of interpretation*. Bloomington, Estados Unidos: Indiana University Press.
- Green, A. (1989). *El pensamiento clínico*. Madrid, España: Amorrortu.
- Lichtenberg, J. D. (marzo, 2001). La complacencia como cooperación, la complacencia como defensa: un ejemplo de tensión dialéctica en el intercambio clínico. *Aperturas Psicoanalíticas*, 7. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000144&a=La-complacencia-como-cooperacion-la-complacencia-como-defensa-un-ejemplo-de-tension-dialectica-en-el-intercambio-clinico>
- Molnos, A. (1984). The two triangles are four: A diagram to teach the process of dynamic brief psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 1(2) <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.1984.tb00896.x>
- Ogden, P. y Fisher, J. (2016). *Psicoterapia sensoriomotriz. Intervenciones para el trauma y el apego*. Bilbao, España: Desclée de Brower.
- Pavell, T. J. (1976). Possible worlds in literary semantics. *The Journal of Aesthetics and Art Criticism*, 34, 165-76.
- Piaget, P. e Inhelder, B. (1956). *The child's conception of space*. Londres, Reino Unido: Routledge & Kegan Paul
- Stern, D. B. (2013a). *Unformulated Experience. From Dissociation to Imagination in Psychoanalysis*. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.

-
- Stern, D. B. (2013b). Field theory in psychoanalysis, Part I: Harry Stack Sullivan and Madeleine and Willy Baranger. *Psychoanalytic Dialogues*, 23(5), 487-501.
- Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, cuerpo y mente en la superación del trauma*. Barcelona, España: Eleftheria.
- Wallin, D. J. (2012). *El apego en psicoterapia*. Bilbao, España: Desclée de Brower.