

Disponibilidad emocional¹

Donna M. Orange

Con anterioridad al énfasis en la cualidad de la relación en el psicoanálisis contemporáneo, los analistas atribuían el éxito o fracaso del análisis a la “analizabilidad” del paciente. En la actualidad, colocamos mayor acento en las capacidades del analista para trabajar con un paciente particular. Miramos nuestra historia emocional, nuestros principios organizadores y nuestras teorías. Llamamos a esto contratransferencia o co-transferencia y advertimos que estas son evocadas en los tratamientos analíticos en general y por algunos analizados en especial. En este capítulo, sin embargo, deseo examinar una capacidad o disposición más general del analista que denomino “disponibilidad emocional”. Visualizo en la disponibilidad emocional un elemento basal y muchas veces pasado por alto para el éxito o fracaso de las relaciones terapéuticas. Es una condición necesaria para la posibilidad de la comprensión psicoanalítica y, con ello, en cuanto parte de una epistemología psicoanalítica merece consideración. La disponibilidad emocional es una disposición activa y responsiva al entendimiento empático.

Los investigadores del apego Emde y Sorce (1983) afirman que la disponibilidad emocional de los cuidadores proporciona seguridad emocional a los infantes y promueve su curiosidad en situaciones en las cuales se sienten indecisos. Con el término “disponibilidad emocional” se refieren 1. a cuando la madre comunica su percepción de los estados emocionales del niño y 2. a su disposición a “responder de modo empático y a ofrecer sus propios estados emocionales como información cuando el niño la mira de forma insegura” (p. 26). Los autores descubrieron que los infantes cuyas madres estaban emocionalmente disponibles mostraron mayor alegría en el juego, un nivel más elevado de juego y mayor exploración y curiosidad y un interés más activo –y que se aferraban menos a la madre– que aquellos infantes cuyas madres leían el diario. En consecuencia, Emde y Sorce creen que “la disponibilidad emocional materna juega un papel decisivo en el desarrollo del infante porque ayuda a crear una atmósfera que promueve el placer y la curiosidad y que mejora las posibilidades de aprender” (p. 28).

Esta perspectiva, que ha sido apuntalada por estudios de infantes de cuidadores deprimidos (Cohn & Tronick, 1983; Tronick, 1989), tiene consecuencias evidentes para una concepción de salud y psicopatología que está orientado en términos del desarrollo. Aquí, sin embargo, mi interés es menos hacer referencia al desarrollo que a un paralelo psicoanalítico a la argumentación de Emde y Sorce. Creo que la disponibilidad emocional del analista provee al paciente una atmósfera de seguridad emocional que promueve la exploración y la reflexión de forma similar a cómo los cuidadores logran esto para el infante. Además, me

¹ Traducción del capítulo 9 de *Emotionales Verständnis und Intersubjektivität: Beiträge zu einer psychoanalytischen Epistemologie* (1995, Frankfurt am Main: Brandes & Apsel), versión alemana de *Emotional Understanding: Studies in Psychoanalytic Epistemology*. Traducción por Ps. André Sassenfeld J.

parece que la disponibilidad emocional tiene los mismos componentes en la niñez y en el análisis y que funciona de acuerdo a los mismos medios comunicativos primarios, a saber, el tono de voz y el contacto visual.

El primer componente de la disponibilidad emocional es la “comunicación del cuidador, por medio de su comportamiento, de que es consciente de las formas de expresión emocional del infante y de que esta pendiente de su continua actividad” (Emde & Sorce, 1983, p. 26). De manera similar, Kohut (1971) señaló hacia los efectos fortalecedores del self de la responsividad especular de los padres. En el análisis, promovemos la disponibilidad emocional para el paciente de diferentes formas. Damos nuestras respuestas de modo verbal y semi-verbal y finamente entonado con la finalidad de expresar nuestra consciencia de los estados emocionales del paciente mediante la elección de nuestras palabras y de nuestro tono. Nos sentamos de tal forma, que corresponda a la comunicación emocional de los pacientes y ajustamos la calefacción y la luminosidad de tal forma, que estos puedan sentirse cómodos. Una vez, una paciente se decidió por tratarse conmigo porque, tal como dijo, “Su rostro expresa tantas cosas”. Con independencia de si yo decía algo o no, ella era capaz de comunicarme que me sentía cerca. Para otra paciente, los “sonidos” que yo hacía cumplían una función parecida a lo que ocurre al hablar por teléfono, donde la atención es comunicada a través de los sonidos semi-verbales. Probablemente, la preferencia innata de un ser humano por el procesamiento visual o auditivo se conecta con su historia emocional, por medio de la cual se determinan los canales para la receptividad respecto de la comunicación emocional. Al igual que padres sensibles, tenemos que estar dispuestos a ajustar nuestra modalidad de disponibilidad emocional correspondientemente a las capacidades receptoras de un paciente particular.

Este componente de la disponibilidad emocional, una disposición al entonamiento y la responsividad, no es específico. Puede adoptar muchas formas. Promovemos esta disposición al entonamiento mediante muchas vías no-verbales y, por ende, en protocolos escritos de tratamiento podemos olvidarla con facilidad. Un supervisor que explora esta capacidad de responsividad determinada intersubjetivamente puede, por ejemplo, reconocer en esto si acaso el paciente le cae bien al supervisado o no. La ausencia de esta capacidad también puede ser registrada por respuestas distanciadoras que surgen con frecuencia, a menudo justificadas mediante referencias a teorías que apoyan la neutralidad y el anonimato analíticos. Un indicador adicional de distancia emocional es la frecuente referencia a categorías diagnósticas. Cuando uno se apropia del concepto de la disponibilidad emocional, este hecho excluye la neutralidad y el anonimato como reglas para el tratamiento psicoanalítico. El analista emocionalmente disponible es cercano al paciente tal como el cuidador le es cercano al niño y está dispuesto a revelarse a sí mismo tanto o tan poco como el paciente individual lo requiere.

El primer aspecto de la disponibilidad emocional es inespecífico de una manera adicional. Se refiere a una disposición humana general –disposición o responsividad (Bacal, 1985)– y no a interpretaciones, intervenciones o respuestas individuales. Lichtenberg, Lachmann y Fosshage (1993) han destacado la necesidad de investigar secuencias del intercambio analítico con la finalidad de alcanzar una sensación de la responsividad del analista, de los desplazamientos, de los estados y experiencias en desarrollo del paciente. La disponibilidad emocional se encuentra captada de modo maravilloso en una foto de Winnicott con un niño que era su paciente (Grosskurth, 1987, p. 372). El mira de modo amoroso y

fascinado –tomado por el niño–, con lo cual demuestra su noción de la “preocupación maternal primaria”. Más allá, sus escritos sobre la niñez y el psicoanálisis así como el reporte de Margaret Little (1985) acerca de su análisis con él ponen de manifiesto la conciencia de la necesidad de estar disponible de forma adecuada para llevar a cabo los tratamientos, en especial aquellos que involucran una regresión profunda. El reporte de Little describe asimismo la interferencia de eventos actuales en la vida del analista en su disponibilidad emocional junto a los efectos significativos de esto en el tratamiento, incluso en el caso de una falta temporal de disponibilidad por parte del analista.

El “ambiente sostenedor” winnicottiano es otra forma de hablar de disponibilidad emocional. Su componente esencial –presencia entonado y no invasiva– genera la seguridad emocional necesaria para el desarrollo del “verdadero self” de un niño o de su “idioma” (Bollas, 1989). Esta presencia no específica o un ambiente favorecedor posibilita la mismidad personal, idiosincrática y articulada del niño o del paciente.

La versatilidad es otra manera más de hablar sobre el carácter inespecífico de la disponibilidad emocional tanto por parte del analista como por parte de los cuidadores tempranos. Muchos padres sólo pueden reaccionar frente a aquellos sentimientos y formas de expresión emocional de sus niños que los confirman en cuanto padres. De modo similar, nosotros los analistas podemos tener restricciones en relación con nuestra responsividad emocional en el caso de todos o sólo de algunos pacientes. Un hombre, por ejemplo, advirtió que su terapeuta siempre “estaba con él” cuando traía buenas noticias. Pero, cuando estaba triste, decepcionado, enrabado o confundido, ella “estaba ausente”. Más allá, algunos pacientes sólo vienen por esa disponibilidad general que a ellos mismos les falta. Una vez, una actriz llegó a tratarse conmigo porque, tal como relató, no era “capaz de llegar” a algunos sentimientos, con lo cual estaba restringida en aquellos roles que de otro modo podría haber actuado bien. Necesitaba experimentarme como emocionalmente disponible justo en aquellas partes en las cuales ella misma no lo podía estar y estaba muy despierta cuando se trataba de mis límites. Debido a ello, nosotros los analistas tenemos que ser conscientes de los límites de nuestra capacidad de responsividad empática y trabajar de modo continuo en ampliarla. Freud (1912) hizo alusión a esta disponibilidad plena del analista con su concepto de la “atención libremente flotante”. Por desgracia, debilitó el aspecto emocional tanto en su postura respecto de la técnica como en su metáfora del analista como cirujano.

Volvamos ahora a la definición de disponibilidad emocional de Emde y Sorce (1983): “Ella [la madre] es capaz de responder de manera empática y de ofrecer su propio estado emocional como información cuando el niño se encuentra inseguro y la mira” (p. 164). Esta disposición a ofrecer nuestros contenidos emocionales –de forma verbal, semi-verbal y no-verbal– es un componente decisivo de la conversación que genera comprensión psicoanalítica. No ofrecemos estas formas de expresión emocional como reemplazo para el paciente, sino como respuestas que inician o facilitan, como nuestra participación en el “juego del garabato” (Winnicott, 1965) analítico. A menudo nuestros intentos serán inexactos, pero en una atmósfera de seguridad emocional que es generada por esta responsividad muchos pacientes pueden aprovechar lo que ofrecemos como catalizador para sus propias formas de expresión emocional. A través de tales intentos mostramos que buscamos entender y que también nos podemos imaginar

que el paciente desea tener una respuesta emocional de nuestra parte y que diferentes –y quizás incluso menos elegantes– formas de expresión emocional son para nosotros más que aceptables. Estos intentos son tanteos, similares a aquellas interpretaciones mediante las cuales examinamos los límites de nuestra comprensión (Winnicott, 1989) y que le dejan al paciente en evidencia que es algo bueno seguir ciertas conjeturas. Intentamos encontrar y generar una comprensión juntos.

La utilización clínica concreta de esta disposición emocional a ofrecer algo depende tanto del estilo del terapeuta como también de la situación intersubjetiva. Con ciertos pacientes me inclino hacia delante en mi silla y la conversación se vuelve más intensa. Otros se asustan de esto y pierden la perspectiva de lo que deseabas decir. Con algunos pacientes pregunto al inicio de las sesiones cómo se sienten. Esto tiene la ventaja de que se establece una comunicación emocional ya desde el comienzo de la sesión. Muchas veces también reacciono frente a relatos bastante espontáneamente con un “¡Oh, no!” o “¡Pucha!”. A un paciente al que le cuesta sentir algo más allá de que somatiza a veces le cuento lo que yo u otros han sentido en situaciones similares. Cuando advierto que mi tanteo no provoca nada en el paciente, vuelvo a preguntar lo que el paciente siente. Mis respuestas emocionales e intentos a menudo evocan sentimientos en el paciente, incluso en personas que en general se mantienen distancia respecto de su vida emocional.

La reticencia a ocuparse con tal volcamiento hacia nuestra propia vida emocional para acercarse más al paciente y apoyar sus posibilidades de expresión y exploración puede alimentarse de varias fuentes. Muchos terapeutas insisten en la deprivación de un analista silencioso e invisible que cree en que esta actitud analítica promueve la estructuración intrapsíquica. Al igual que padres que educan a sus hijos tal como ellos mismos fueron educados, entonces muchas veces tratamos a nuestros pacientes tal como nos trataron nuestros analistas. Otra posibilidad es que a algunos no les gusta –como fue el caso de Freud– ser observados muchas horas al día por otras personas. Podemos entonces hacer uso del setting y procedimiento analíticos tradicionales para protegernos de las consecuencias del involucramiento emocional que tanto se asemeja al difícil trabajo de una educación suficientemente buena. También podríamos sentirnos incómodos cuando nos equivocamos a la hora de ofrecerle al paciente nuestras respuestas emocionales, lo que es inevitable; y podemos temer que nuestro estatus profesional caiga en descrédito.

Otra preocupación comprensible es nuestra posible invasividad, especialmente cuando nuestros propios padres o analista consideraron que sus realidades o hábitos eran los nuestros. De modo continuo tenemos que tener en cuenta las experiencias que los pacientes hacen con nosotros, incluyendo sus sentimientos respecto de las respuestas emocionales que les damos (Aron, 1991, 1992; Hoffman, 1983). Estas informaciones nos guían en cuanto a cuándo ofrecer nuestras respuestas emocionales y cuándo no. Como en el caso de los niños, entonces descubriremos si acaso se sienten libres para ir y venir (como en un apego seguro) o si más que ocasionalmente se vuelven dependientes o reaccionan de forma aversiva (como en apegos inseguros). Disponibilidad emocional no significa dar o no dar una respuesta particular. Más bien, remite a la disposición continua de explorar con cuidado la experiencia emocional que se configura de forma intersubjetiva en la transferencia y co-transferencia, con independencia de lo que hacemos o no con un paciente determinado.

Un hombre joven estaba seriamente confundido a raíz de las expectativas de sus padres de que él se adaptara a las intenciones y sentimientos repentinamente cambiantes de estos. En los primeros cuatro años de tratamiento, tenía la sensación de que yo intentaría con todo lo que dijera o hiciera someterlo al imponerle mis pensamientos, sentimientos y necesidades. Tenía la costumbre de quejarse de que el análisis y la psicoterapia estaban estructurados de acuerdo a la comodidad y las necesidades del terapeuta, pero no de acuerdo a las del paciente. Es difícil decir con exactitud por qué aseveró después de cuatro años: “Creo que en realidad usted está de mi lado.” Lentamente advirtió –mientras de modo gradual percibió mi disposición a aceptar su sentimiento de que yo deseaba tiranizarlo con mis intervenciones y con todo el arreglo terapéutico y a reconocer y validar ese punto de vista– que la analista tenía que estructurar la situación analítica en gran medida. Ahora creía que yo buscaría y seguiría sus intenciones y sentimientos. En esa época, esto se transformó en la sensación de que yo estaba emocionalmente disponible para apoyar su crecimiento hacia una persona autónoma.

En palabras de Mitchell (1993):

Cuando el analista no entra en la matriz relacional del paciente o cuando no se descubre a sí mismo en esta –cuando el analista es incapaz de dejarse embrujar de alguna manera por el sufrimiento del paciente, formado por las proyecciones del paciente, inhibido y frustrado por sus defensas– uno nunca está realmente involucrado en el tratamiento y se pierde una cierta profundidad en el interior de la experiencia analítica. (p. 293)

De modo similar, Renik (1993) apoya revisiones en nuestra teoría de la técnica que “dejen de hacer necesario que nos preguntemos sin éxito por qué no debiéramos vernos afectados apasionada e irracionalmente en nuestro trabajo clínico cotidiano” (p. 570).

En otro caso en el cual ofrecí comunicaciones emocionales expresé un sentimiento de diferencia. Un hombre de cuarenta años, que deseaba cambiar el mundo a través de actividades políticas, se sentía aislado y depresivo. Sabía que siempre se había sentido así y tenía pocas esperanzas respecto de un cambio en su experiencia. Venía a cada sesión y decía que era incapaz de reconocer qué producía o podía producir la terapia en él. Creía que sólo eran importantes los cambios políticos y sociales; las nimiedades de sus sentimientos y su historia eran poco interesantes y no llevaban a nada. Durante meses, intenté encontrar caminos hacia el acceso a su experiencia y responder con comprensión empática. Finalmente, dije que yo tenía un sentimiento muy distinto: que los matices, detalles y “nimiedades” de su experiencia emocional y su historia para mí *eran* interesantes e importantes y que yo partía de la base de que realmente teníamos un gran desacuerdo de opiniones. Se fue de la sesión con una mirada sorprendida. En su próxima sesión, sin embargo, entonces me contó historias de su niñez, especuló acerca de la influencia de estas en su vida y pareció interesarse bastante por mis comentarios. Aún cuando uno se pudiera haber preocupado por la complacencia, este paciente más bien tendía hacia la oposición. El cambio duró con ocasionales recaídas. Tal vez, mi interés lo enraizó –por decirlo con las palabras de Emde y Sorce (1983): mi expresión emocional– y le proporcionó la seguridad emocional que necesitaba para la exploración reflexiva de su propia experiencia.

Una tercera preocupación se refiere a que nuestras propias formas de expresión emocional pueden volver dependientes a los pacientes y que puede

interferir con la presentación que hacen del desarrollo de su propia experiencia. La observación atenta de nuestra disponibilidad emocional puede impedir esas consecuencias. Los niños son menos dependientes y exploran más cuando el cuidador está emocionalmente disponible sin ser intrusivo. No obstante, muchos de nuestros pacientes llegan a nosotros con una historia de apego severamente perturbada. La disponibilidad emocional o responsividad normal puede, tal como mostraron Winnicott (1965) y Balint (1968) en sus trabajos sobre la regresión a la dependencia, evocar la reacción de una persona que se está muriendo de hambre cuando se le ofrece alimentación normal. O nuestros pacientes pueden manifestar signos de angustia y dependencia tal como lo haría un niño después de una catástrofe humana o natural. Los terapeutas nos encontramos entonces frente a un punto importante de inflexión: respecto de la regresión podemos entrar en pánico y preguntarnos en qué nos equivocamos y entonces retirarnos del paciente –tal vez, con el diagnóstico de “límitrofe”– y con ello confirmar sus peores temores. Pero también podemos entender la dependencia como una respuesta traumática pasajera, nos podemos mantener emocionalmente disponibles y confiar en que la seguridad emocional volverá o se establecerá por primera vez. Tenemos que confiar –precisamente cuando el paciente no lo puede hacer– en que la dependencia en el seno de un apego seguro es un paso necesario en el camino hacia el aspecto interdependiente de la salud psíquica.

Por último, podemos evitar la disponibilidad emocional porque nos vuelve vulnerables, no sólo en relación con el paciente sino también en relación con nuestro propio trabajo inevitablemente imperfecto. Comprender a partir de una conexión emocional significa, tal como Ferenczi y otros descubrieron, volver a enfrentar nuestro dolor. Pienso que una razón principal para un análisis didáctico es llegar a conocer las fuentes de nuestro propio sufrimiento con suficiente profundidad como para poder entrar en contacto con el sufrimiento de otros. Cuando conocemos nuestra co-transferencia –nuestra historia personal y nuestros principios organizadores emocionales– esto posibilita una mayor disponibilidad emocional.

Son necesarios dos comentarios por precaución. El primero: disponibilidad emocional no significa darles a los pacientes todo lo que desean. Los niños estudiados por Emde y Sorce no tenían permiso para utilizar juguetes peligrosos y las madres tenían que mantenerse sentadas en sus sillas. Los padres debieran impedir a los niños hacer cosas peligrosas o poner en peligro a otros seres humanos. De modo similar, podemos poner límites con referencia a las necesidades del paciente o a las propias. Al igual que padres que necesitan una pausa o un instante para ir al baño, nuestra disponibilidad emocional tiene que tener límites. Winnicott, por ejemplo, se daba el permiso para hacer vacaciones aún cuando esto hacía necesario internar a un paciente (Little, 1990). Tenemos que responder de modo tan abarcador como podemos cuando estamos junto a nuestros pacientes y ayudarles como buenos padres a arreglárselas consigo mismos cuando no podemos estar con ellos. La disponibilidad emocional de los analistas o padres no significa no tener límites. Pero nos desafía a entender dónde y por qué ponemos esos límites.

Segundo, la disponibilidad emocional siempre se ve limitada por la cualidad particular entre analista y paciente. Nuestra co-transferencia incluye nuestra historia emocional y aquellas conclusiones generales que hemos sacado sobre nosotros mismos y sobre los demás (principios organizadores). Estos principios

nos llevan a formar teorías sobre la naturaleza humana –algunas de estas serán teorías psicoanalíticas. Tales teorías conforman una parte de nuestra co-transferencia y delimitan o amplían nuestra disponibilidad emocional para los pacientes en general y también para pacientes particulares cuya organización emocional interactúa con la nuestra y nos lleva a ser más o menos responsivos o responsivos de otro modo.

Muchos callejones sin salida en los tratamientos se desarrollan porque los principios organizadores de paciente y analista son demasiado distintos como para encontrar o mantener una base conjunta de comprensión. Otros problemas de tratamiento resultan, tal como los intersubjetivistas han mostrado una y otra vez (Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987), porque analistas y pacientes son demasiado parecidos en cuanto a su organización emocional. Esta situación o “conjunción intersubjetiva” puede dificultar el reconocimiento de lo que anda mal o de por qué el tratamiento no avanza. Una mujer de cuarenta años, por ejemplo, llegó a tratamiento debido a una fuerte angustia y una creciente depresión, ligada a un deseo agudo de muerte que ella retrotraía a su fallido matrimonio. Por consideración de los deseos de sus padres, ella se había casado con un hombre adinerado y se convirtió en una dueña de casa muy competente, que manejaba la casa y crió a sus dos hijas de forma excelente; ahora las hijas eran adolescentes. Ella me recordaba a Stevens, el mayordomo en la novela *Remains of the Day*. Sin una sensación propia de vida, preferencias, opiniones o metas, su única función era ocuparse de que todo anduviera bien en la familia de origen y las dos familias constituidas. En ambas culturas familiares, la propia y la de su marido, este era el único papel para una mujer, incluso para una mujer muy inteligente.

De acuerdo a su relato, durante muchos años este sistema funcionó bien. Su familia de origen era “maravillosa” y su matrimonio estaba “en orden”. Recién cuando desarrolló una amistad con otra mujer casada, comenzó a sentirse tan aprensiva y deprimida. Cuando estaba con su amiga, se sentía importante, cómoda y segura de una forma que nunca había experimentado. En este contexto, muy pronto advirtió lo que no había tenido. Además, el contraste entre su propio matrimonio y el matrimonio de la amiga se convirtió en una sombra que envolvía sus expectativas de futuro y sintió temor del pensamiento casi inapresable de su propia libertad. Prefirió no hablar de la soledad en su matrimonio ni de la rabia que a veces tenía cuando su marido no la tomaba en cuenta o a veces no le daba la ayuda necesaria cuando ella estaba sobrecargada. Lo que quería de mí era simplemente recibir ayuda para sentirse mejor, para sacar ciertos deseos de su cabeza y para tener apoyo a la hora de resignarse a las vicisitudes de la vida.

Mi sentimiento original era que yo era muy distinta a ella. Parecía sentirse completamente atrapada, mientras que yo finalmente había podido dejar atrás un matrimonio destructivo. Si tan sólo ella lograra entender lo que yo había tenido que entender y aprender a sentir, todo se arreglaría para ella. Por supuesto, yo sabía lo que era mejor para ella. El campo intersubjetivo que se alimentó de mi intención y de mi sentimiento de los problemas –algo que sin lugar a dudas comuniqué de modo indirecto– y de su fuerte tendencia a adaptarse a las expectativas de los demás tan sólo intensificaron su angustia. Tironeada de un lado para otro entre las expectativas de sus padres, las demandas de su esposo y ahora además mi plan, se sintió obligada a renunciar a alguien. Debido a múltiples razones “prácticas” se volvió incapaz de cumplir con las citas regulares. Las necesidades de otros siempre se entrometían.

Cuando reconocí que el tratamiento iba a fracasar, tuve que ampliar mi perspectiva. Para lograrlo, tuve que hacerme consciente de mis propios principios organizadores emocionales y mis propias necesidades y ver cuán similares estas eran a las suyas así como reconocer mi propia influencia sobre el tratamiento. Me ayudó advertir cómo la paciente se preocupaba por mí durante las sesiones: me contaba que estaba bien, preguntaba por mi bienestar, controlaba el tiempo, de modo que me sentí recordada de lo que yo había experimentado con mi propio analista. Esta paciente y yo nos parecíamos mucho en nuestra preocupación compulsiva por otras personas y en nuestra suposición de que nuestro valor como seres humanos se encontraba en nuestra posibilidad y capacidad de ayudar. Así, yo me preocupé por ella, intenté fortalecer su vida –por supuesto, en un estilo analítico-interpretativo apropiado– y ella se preocupó por mí e intentaba afirmar su valor (a mis ojos) y mantener su frágil auto-estima (a sus ojos).

Cuando reflexionamos juntas sobre nuestros patrones de preocupación por otros, algo empezó a cambiar. Su necesidad de ser de ayuda y de cuidar disminuyó en relación a mí y en la relación conmigo de forma gradual ganó mayor libertad. Nuestro lazo ya no dependía de que la paciente intuyera y se sometiera a mis esperanzas respecto de ella. Comenzamos a hablar más sobre la complejidad de la complacencia, de la preocupación por otros y de la pérdida de mismidad, sobre aquello que era necesario para mantener los vínculos en el interior de su familia de origen y de sus constelaciones familiares actuales. Lentamente, yo encontré mi camino para poder colocarme en su dilema emocional. Al mismo tiempo, ella empezó a reportar acerca de su duradera frustración en el matrimonio y con su rol en la familia y también sobre algunas dificultades para explicarle a su marido y sus hijos que esperaba un trato más respetuoso. Empezó a pedirles ayuda de modo ocasional y se sorprendió porque protestaban menos de lo que ella esperaba. Ahora trabajaba para percibir sus propios sentimientos e intereses y para seguirlos y en este momento está comenzando a percibir que estos la guiarán para donde sea que tiene que ir. Como resultado, se siente menos atrapada. Percibe un nuevo tipo de tristeza –menos desesperada, pero llena de tristeza por aquel ser humano en el cual nunca tuvo la oportunidad de convertirse.

Esta historia grafica la necesidad de tomar consciencia acerca de las inevitables limitaciones de la disponibilidad emocional para nuestros pacientes en la co-transferencia. Tales descubrimientos llevaron a Ferenczi a sus experimentos con el análisis mutuo. Al menos necesitamos auto-reflexión y supervisión para mantener y seguir desarrollando nuestra disponibilidad emocional.

Por último, la disponibilidad emocional establece el requerido equilibrio en la relación analítica mutua pero asimétrica (Aron, 1992). Aristóteles (*Ética a Nicómaco*) advirtió hace mucho tiempo que la amistad en cierto sentido presupone igualdad entre los amigos. En análisis o psicoterapia analítica, la disponibilidad emocional entrenada que el analista ofrece equilibra el dinero y la vulnerabilidad del paciente que este tiene que poner a disposición. Esta es una asimetría que los pacientes muchas veces perciben como tan avergonzante, que la llaman “amistad pagada”. Tenemos que reconocer algunos granitos de verdad en su queja, pero también preguntarnos si acaso nuestro distanciamiento torna la asimetría más dolorosa de lo necesario. Algunos autores (p. ej., Hoffman, 1993) hablan de la autoridad del analista o de su experticia. Yo opino que esa experticia que convierte al analista en experto consiste de manera principal en su capacidad –

probablemente tanto innata como aprendida- para la disponibilidad emocional reflexiva.

Más vale tarde que nunca:
El testigo emocionalmente disponible

La disponibilidad emocional, un concepto tomado de la teoría del apego (Emde & Sorce, 1983), calza fluidamente con mi perspectiva acerca de la psicología del self. Cuando se adoptan funciones selfobjetales o se proporcionan oportunidades para las experiencias selfobjetales se requiere disponibilidad emocional. Permítaseme examinar aquí una forma de experiencia selfobjetal que es importante en especial en el tratamiento de personas traumatizadas. Tales tratamientos requieren a un analista o a un terapeuta con la particular capacidad o disposición emocional a ser un testigo.

La psicología del self ha designado desde el inicio el espejeamiento de la grandiosidad o expansividad natural de un niño como parte esencial del desarrollo sano. Llamó a esa responsividad especular “selfobjeto” con la finalidad de mostrar que un niño o cualquier otra persona puede usar ese espejeamiento para construir y mantener un self continuo, cohesivo y valorado positivamente. En este contexto, sin embargo, llevaré mi atención a otra experiencia selfobjetal –similar al espejeamiento– que tiene relación de modo especial con el proceso psicoanalítico de sanación. Para partir, quiero proponer llamar a esto la “experiencia selfobjetal de un testigo”. La calidad de testigo como forma específica de participación en el campo intersubjetivo vuelve real y válida la experiencia del otro así como la vuelve importante para el otro.

En *La llave perdida*, Alica Miller (1988) escribe que la diferencia decisiva en relación con las consecuencias severas del abuso infantil depende de la presencia de un otro en la vida del niño que es testigo del dolor del niño y que, con ello, le proporciona la oportunidad y la capacidad para experimentar su dolor. Miller cree que el niño, sin un testigo de este tipo, no puede experimentar el abuso como abuso. En cambio, este se mantiene como una tortura que debe ser soportada. El niño muchas veces cree que merece ese trato, un trato que un observador visualizaría como cruel y detestable.

Por medio de la presencia de un testigo que valide aunque sea de forma mínima, el niño puede experimentar el abuso como mal-trato y encontrar maneras para expresarlo, tal vez en el arte. Miller (1988) escribe:

A menudo, hombres con distintas profesiones me preguntan por qué no se convirtieron en Hitler y viven como médicos, abogados o profesores más o menos pacíficos. Con esta pregunta, desean argumentar en contra de mi tesis de que un trato brutal, carente de sentimiento y completamente destructivo del niño no produce monstruos de manera casual, sino necesaria. En todos esos casos, y bajo examen más detallado, en *cada* caso resulta que existieron testigos puntuales que le posibilitaron al niño una parte de la experiencia de sentimientos. En la niñez de Adolf Hitler, un testigo equilibrador como este faltó del todo. En varias ocasiones, he comparado su familia con un régimen totalitario, donde no existe ningún recurso en contra de la policía de estado. (pp. 131-132)

En el tratamiento muchas veces podemos descubrir que en la historia del paciente existió un testigo, aún cuando fuera de modo ocasional y fugaz. En efecto, la

existencia de tal testigo puede convertirse en la condición necesaria para la posibilidad de buscar un tratamiento, es decir, para la esperanza mínima de que una persona o una relación humana podría ayudar. Pero también observamos que muchos pacientes con perturbaciones del self pueden aparentemente encontrar en el tratamiento un testigo como este por primera vez. Miller (1988) aplica su teoría al trato con los niños:

Si se pretende que los niños maltratados no se conviertan en delincuentes o enfermen psíquicamente, es necesario que *al menos una vez en su vida* obtengan contacto con una persona que sabe a ciencia cierta que el culpable es el ambiente y no el niño indefenso golpeado. [...] Aquí yace la oportunidad para familiares, trabajadores sociales, terapeutas, profesores, médicos, psiquiatras, operadores del estado y enfermeras *de apoyar y crearle al niño*. (pp. 168-169)

De modo similar, el analista o terapeuta que desea comprender lo que alguna vez le ocurrió al niño y cuyo self adulto viene a tratamiento se convierte en un testigo que le permite al adulto experimentar el sufrimiento completo de su historia y poner en marcha el proceso de sanación. Lo que muchas veces llamamos negación, falta de reconocimiento o inconsciente a menudo puede ser una experiencia que nunca se experimentó realmente (compárese Stolorow & Atwood, 1992). Puede ser aquello que está dado, que no podemos cambiar (construir, organizar). Cuando los pacientes nos relatan que nadie aparte del analista los puede entender, muchas veces sólo quieren decir que están empezando a reconocer su historia. Tales fenómenos clínicos remiten al carácter plenamente intersubjetivo del autoconocimiento.

Los siguientes ejemplos ilustran la función terapéutica del testigo: considérese Terry, mi paciente que describí en el capítulo 8 "Memoria emocional"². Por el lado paterno, su familia tiene una historia compleja de incesto. Por ejemplo, integrantes de la familia están emparentados tanto en cuanto a hijos del padre como en cuanto a hermanos menores –y son violentos: el padre de la paciente había asesinado a alguien, durante muchos años golpeó a su esposa y violó a sus hijas y a su hijo. La familia de su madre también es violenta y practica brujería en búsqueda de venganza.

Hasta el día de hoy, su madre lo niega todo. Su incapacidad para ser testigo agudiza la lucha de Terry por apropiarse su historia de forma extrema. La paciente, de veintitantos años, demuestra las graves discontinuidades de la experiencia del self que es típica para personalidades múltiples. (Muchas discontinuidades en la experiencia del self –la psiquiatría lo llama fenómenos disociativos– pueden ser resultado de la ausencia de un testigo validador en los momentos decisivos en la historia de una persona.) Los flashback bajo los cuales Terry sufre durante el tratamiento me posibilitan actuar como testigo. Esto, a su vez, le da a Terry la oportunidad de llevar continuidad a su experiencia. Mi disponibilidad emocional fue necesaria para generar una sensación suficiente de seguridad y cohesión del self, de modo que para Terry se hiciera posible identificar sus pánicos y angustias como recuerdos.

Otra mujer, Cheryl, es hija de padres con perturbaciones distintas en torno a su impulsividad y su narcisismo. En términos superficiales, Cheryl parece poseer todas las ventajas: es muy buena moza, es muy inteligente y muy adinerada. Al

² La siguiente descripción de la historia de Terry es diferente de aquella del capítulo 8 porque contiene informaciones de fases posteriores del análisis.

principio, Cheryl no podía entender por qué estaba tan aprensiva y depresiva. Después de nuestro considerable esfuerzo por darle juntas un sentido a su experiencia subjetiva, comenzó a adentrarse en su experiencia emocional y a considerarla como válida. Afirmó: “Reconozco que existen razones para mis sentimientos.” Apenas descubrió que podía usarme como testigo para su historia de sufrimiento y que de ese modo podía apropiarse de su experiencia y articularla, empezó a buscar testigos y almas afines en la literatura. Quería traer ejemplos al tratamiento. “¿Ha leído alguna vez *The man without a country*?” preguntó. “Me siento igual que esa persona que no pertenece a ninguna parte y a nadie.” Encontró entonces experiencias selfobjetales similares en el mundo fuera del tratamiento.

Tales pacientes protegen su self vulnerable a través de defensas y resistencias frente a una retraumatización. Estos pacientes experimentan los recuerdos como peligrosos, en parte porque la reflexión posterior incluye los recuerdos de soledad y las diferentes preocupaciones y, con ello, de tener que enfrentar las cosas sin el apoyo y la validación de algún testigo. Mientras el lazo con el analista no está aún fortalecido, no es posible correr el riesgo de recordar vivamente debido al miedo de que los recuerdos se vuelvan demasiado abrumadores y conduzcan a la psicosis y la auto-destrucción. El apego al analista permite al paciente descubrir los recuerdos y sobrevivir así como dejar que se vuelva real todo el temor que le fue infligido cuando era un niño vulnerable. Una parte del sufrimiento fue el hecho de ser dejado solo con todo eso.

La experiencia clínica me lleva a la suposición de que aquellos pacientes que disponían de un testigo que fue confiable desarrollarán más rápidamente un apego al analista que posibilita tales recuerdos.

En contraste con Terry, la hija de un padre alcohólico y de una madre psicótica-depresiva Sara tenía una profesora que ella y una hermana visitaban durante buena parte de su educación básica y media. Esta paciente no podía recordar haber hablado con la profesora sobre las peleas, los golpes y el ser encerrada en el sótano y menos aún sobre los abusos sexuales. No estaba segura si acaso esta mujer estaba al tanto de la situación familiar. Pero “nunca nos mandaba a la casa y nunca nos preguntaba por qué la visitábamos tanto.” En el tratamiento, esta paciente demostró una intensa “angustia de repetición”, un fenómeno que fue descrito por Anna Ornstein (1991). Esta angustia se expresaba especialmente en una hipervigilancia y curiosidad por mis pensamientos y reacciones. Tal cuidado y entonamiento eran una protección indispensable frente a ciertos hechos de su niñez. Su disposición a usarme como testigo se mostró a través de una disponibilidad precoz y constante de recuerdos traumáticos, con gran probabilidad fundamentada en parte en la función selfobjetal de ser un testigo cumplida por la profesora de Sara. Sin embargo, cuando surgían desacuerdos más extensos entre nosotras, Sara tenía la sensación de poder recordar poco o casi nada de su niñez. Recién cuando su sensación de mí como testigo se volvía a establecer, continuaba el proceso de conocer su propia historia.

La idea de un testigo emocionalmente disponible ofrece un acceso intersubjetivo a la contribución del analista en el proceso de recordar. Nos permite describir un proceso selfobjetal en el cual la historia anteriormente no disponible se convierte una en experiencia que aporta a la cohesión del self. La historia se transforma en experiencia del self, se convierte en “mi historia” en presencia de un otro que de una u otra manera afirma: “Eso es muy terrible. Eso no debiera ocurrirle nunca a un niño.”

Esta calidad de testigo es efectivamente un subgrupo del espejeamiento, siempre y cuando espejeamiento hace referencia a la respuesta validadora frente a aquello que le resulta valioso al niño. El significado implícito es: “Me pareces digno de un trato respetuoso. No tuviste posibilidad de reconocer el sufrimiento que se te infligió porque fuiste tratado como alguien sin valor o de mala manera.” La calidad de testigo también es parte de la validación que le ayuda al niño a confiar en su propia experiencia y a lograr un sentido de la realidad. Esta concepción claramente intersubjetiva supone la necesidad del otro como condición para la posibilidad de hacer experiencias. De acuerdo a Stolorow y Atwood (1992), “la experiencia consciente del niño se vuelve progresivamente *articulable* mediante la responsividad validadora del entorno temprano” (p. 31). Tanto la responsividad positiva del espejeamiento como la responsividad de la validación están incluidas en el testigo. La cualidad particular de la calidad de testigo es su reconocimiento del horror, del mal trato y del dolor que, de otro modo, no pueden ser experimentados conscientemente. El dolor es experiencia impuesta de forma violenta y relativamente no organizada. La experiencia requiere la emocionalidad responsiva del campo intersubjetivo o del espacio potencial (Winnicott, 1971) para transformarse en experiencia real y significativa. En otras palabras: el paciente puede experimentar dolor crudo, pero necesita al otro responsivo para construirlo, para comprender su magnitud y significación. Analista y paciente crean a partir de esto juntos un sentido.

Resumamos: la calidad de testigo refiere a la presencia de una persona responsiva que le permite al niño o a un paciente que alguna vez fue un niño reconocer el horror –haya sido el que haya sido– y sentir el dolor correspondiente. El testigo permite al niño experimentar y al paciente recordar. Con ello, disuelve la disociación y posibilita al involucrado construir la continuidad de una vida autodeterminada. Disuelve la vergüenza y restablece el valor positivo del self. Establece y mantiene la experiencia de un self y merece sin lugar a dudas la denominación de función “selfobjetal”. En casos de estrés postraumático, el testigo es una forma de disponibilidad emocional que el analista tiene que generar.

La disponibilidad emocional es una condición práctica esencial para encontrar juntos un sentido y para una segunda oportunidad de desarrollo en el psicoanálisis. Con una teoría buena y mantenida en suspensión y con una disponibilidad emocional ofrecida de forma generosa, el clínico dispone de la base para la comprensión psicoanalítica.