



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

**Comprensión y manejo de la reedición traumática en
la relación terapeuta-paciente**

Autor/a: Mercedes Peleteiro Rosón

Director/a: Carlos Pitillas Salvá

Madrid

2019/2020

ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Modelos comprensivos de la reedición traumática.....	4
3.1. El concepto de enactment.....	4
3.2. El modelo de copia de Lorna Benjamin.....	8
3.3. Wachtel y las psicodinámicas cíclicas.....	11
3.4. El concepto de Impasse.....	15
4. Reflexiones en torno al abordaje terapéutico de la reedición traumática.....	18
4.1. Armonía emocional y sus implicaciones terapéuticas.....	18
4.2. Desarrollo del enactment y el impasse en un caso clínico.....	20
4.3. Recomendaciones terapéuticas del manejo de los enactments e impasses.....	22
5. Discusión.....	25
6. Referencias bibliográficas.....	28

1. Resumen

Sobre la base de distintos modelos y autores pertenecientes a la corriente psicoanalítica, el presente trabajo trata de abordar las distintas formas en que los pacientes reproducen en la actualidad experiencias traumáticas pasadas. El “modelo de copia” de Lorna Benjamin o las “psicodinámicas cíclicas” de Paul Wachtel demuestran de qué manera las personas pueden desarrollar, como forma de adaptación a un contexto traumático temprano, patrones relacionales disfuncionales que se mantienen en la actualidad. El objetivo de este trabajo es conocer de qué manera estos patrones de relación patogénicos se despliegan durante el proceso terapéutico, repercutiendo en la relación terapeuta-paciente. También se pretende analizar el papel que juega el terapeuta cuando el paciente reproduce estas dinámicas traumáticas en consulta, así como entender los procesos de elaboración de enactments e impasses y los mecanismos de cambio necesarios para ayudar al paciente a cambiar su forma de relacionarse con su entorno.

Palabras clave: Reedición traumática, enactment, impasse, psicodinámica cíclica, modelos de copia

1. Abstract

Based on the foundation of diverse models and authors which belong to the psychoanalytical framework, the current work attempts to address the various ways in which patients reproduce past traumatic experiences in their day to day lives. The “Copy Process Theory” of Lorna Benjamin or the “Psychodynamic Cycles” of Paul Wachtel demonstrate the ways in which people may develop dysfunctional relationship patterns which extend to the present day, as a way of adapting to a context of early trauma. The objective of this work is to recognize the way in which these relationship patterns unfold throughout the therapeutic process, impacting the therapist-patient relationship. Further, there will be an analysis of the role that the therapist plays when the patient reproduces these traumatic dynamics in session, in order to understand the processes of enactments and impasses and the mechanisms of change which are necessary to help the patient change their ways of relating with their environment.

Key words: Reproduction of trauma, enactment, impasse, cyclical psychodynamics, models of copying

2. Introducción

Este trabajo de fin de grado tiene como objetivo presentar diferentes modelos comprensivos de la reedición traumática de los pacientes, tanto en la relación que establecen con su terapeuta, como con su contexto más cercano. Por otro lado, desarrollaré una serie de reflexiones y recomendaciones terapéuticas a cerca de cómo manejar los enactments e impasses llevados a cabo en el proceso terapéutico y para ello me apoyaré en un caso clínico en el que se demuestran los procesos inconscientes puestos en marcha tanto por terapeuta como por paciente.

3. Modelos comprensivos de la reedición traumática

A continuación, desarrollaré los distintos modelos que explican de qué manera los pacientes reproducen sus patrones relacionales disfuncionales tanto en la relación con su terapeuta como con el resto de figuras significativas de su entorno.

3.1. El concepto de enactment

“Enactment” es el término anglosajón que se utiliza en la corriente psicoanalítica contemporánea para expresar cómo las palabras y el comportamiento del paciente durante el proceso terapéutico, implican la repetición de algunos esquemas relacionales vinculados al trauma relacional. Para que tenga lugar un enactment es necesaria la participación inconsciente del paciente y del terapeuta en el patrón relacional del paciente.

Se trata de una interacción entre ambos, en la que el paciente reproduce determinadas dinámicas traumáticas en la relación con su terapeuta, lo que a su vez tiene una resonancia inconsciente en el profesional. De alguna manera el paciente elicitado determinado conflicto interno en su terapeuta y “arrastra” al analista a conductas que le permiten al primero actualizar una relación de objeto (Sandler, 1976)

El paciente reproduce una relación de objeto traumática e intenta llevarla a cabo en su relación real con el terapeuta, es una puesta en acto que Sandler denomina “Actualizing” en el sentido de convertir un hecho en real, de llevar a la acción algo que hasta ahora era intrínseco al paciente. (Wainstein, 2015). El objetivo de esta conducta será reproducir una relación en la que cada uno adquiere un rol particular, complementario al rol desempeñado por el otro. El terapeuta se hace así “víctima” de la manipulación

inconsciente del paciente. De esta manera el paciente podrá expresar desde un modo inconsciente aspectos traumáticos provenientes de su propia historia y de su relación con sus figuras de apego.

Joseph Sandler, en su obra *El paciente y el analista* (Sandler, Dare y Holder, 1992) habla del enactment como los intentos inconscientes (a menudo sutiles) de manipular a los demás o de provocar situaciones que son la repetición disfrazada de experiencias y relaciones anteriores. A esta relación que se establece entre analista y analizado Sandler la denomina “relación de roles” y de acuerdo con el autor, es en esta interacción dónde el paciente expresa sus traumas inconscientes.

Morris Eagle (Eagle, 1993) presenta un caso clínico que evidencia claramente este fenómeno. La paciente es una mujer de 26 años con graves síntomas de dispareunia e incapacidad para mantener relaciones satisfactorias con hombres. Con respecto a la relación con su padre, la paciente manifiesta que el único motivo por el que la quiere tanto es porque es la “niña buena” de la familia y expresa mucho miedo a no cumplir sus expectativas y que este deje de quererla.

Existe una clara relación entre la sumisión de la mujer con su padre y con los hombres con los que mantiene relaciones sexuales, a los que no es capaz de expresar sus síntomas de dolor, aunque éste sea insoportable. Lo único que dice que puede hacer es “sonreír y aguantar”.

A medida que avanzan las sesiones Eagle comienza a observar esta actitud sumisa en la relación terapéutica: intentando agradarle, con sonrisas que no se corresponden con el contenido que verbaliza, llegando siempre a su hora, dándole la razón en todo...

Cuando se producen tales actuaciones inconscientes o provocaciones transferenciales, el analista puede negarse a aceptar dicho rol o bien, si así lo desea, aceptarlo y actuar en consecuencia (Sandler, Dare y Holder, 1992). Esta aceptación o rechazo del rol se llevará a cabo de forma inconsciente, y en el caso de que finalmente el terapeuta pase a formar parte de esta relación de rol, se pondrá en marcha una “responsividad de rol”, el analista responderá de forma complementaria a la comunicación verbal y comportamiento su paciente. Por este motivo podríamos afirmar que la responsabilidad de que se produzca el enactment es compartida por analista y analizado, se construye por participación inconsciente mutua (Ivey, 2008).

En el caso expuesto de Eagle, si el analista se viera arrastrado por una responsividad de rol podríamos suponer que actuaría reforzando la actitud sumisa de su paciente, por ejemplo, felicitándola por su puntualidad o al agradecerle que siempre llegue tan risueña a su consulta. Con estas respuestas, el terapeuta se estaría dejando arrastrar hacia la relación objetal que la paciente está reeditando, basada en el vínculo con una figura paterna poderosa a la que es necesario someterse y agradar. Cabe imaginar, adicionalmente, que para este terapeuta dicha relación de objeto puede entroncar con necesidades de cuidado o de protección propias, lo que intensificaría la fuerza y el carácter co-construido de la dinámica relacional.

La idea propuesta por Sandler (Moreno, 2000) consistía en que, si el analista respondía espontáneamente, su respuesta al rol propuesto por el paciente era lo que permitiría ver y comprender aquello que éste desplegaba como forma de vínculo en la situación analítica. De no proceder así, siempre quedarían elementos de importancia sin aclarar.

Cuando el paciente propone un rol y el analista no lo actúa, entonces corta un proceso de forma prematura que no se desarrolla y esto en cierto modo, también es una actuación del analista, de represión, de restricción, de prohibición. En realidad, haga lo que haga el analista, siempre actúa y esta actuación está apoyada, como no, en sus propias relaciones de objeto internas (Moreno, 2000).

Hasta ahora se hablaba de “atención libre flotante” para hacer referencia a la actitud de escucha particular del analista frente a la asociación libre del paciente. Sandler introduce una nueva noción que denomina “respuesta libre flotante” con la que se explican los pensamientos contratransferenciales, fantasías y sentimientos, que el contenido que expresa el analizado evoca en la mente del analista. Así es cómo el analista cae en un “comportamiento de respuesta libre flotante” cuando actúa el rol que inconscientemente le impone su paciente (Wainstein, 2015).

Durante este enactment se desarrollan dos caras en el rol del analista: será el intérprete de los procesos inconscientes de su paciente, pero también se convertirá, sin quererlo, en el objeto de estos mismos procesos (Racker, 1953). Por este motivo existen muchas controversias entre los distintos analistas en torno a la cuestión de si el enactment es un aliado del cambio terapéutico o si por el contrario, entorpece el proceso y debe ser evitado.

El enactment es, tanto para Racker (Racker, 1953) como para Heimann (citado en Bernardi, 1999), un instrumento valioso a la hora de conocer los deseos inconscientes y

el mundo representacional del paciente. Según Racker, dentro de este proceso podremos distinguir dos funciones casi opuestas. Por un lado, podríamos decir que interviene o contribuye al proceso analítico, en cuanto a que como ya hemos señalado, el analista se convierte en el intérprete de los procesos inconscientes de su paciente. Sin embargo, también debe considerarse la posibilidad de que el enactment aparezca como un obstáculo que interfiere en el proceso analítico (Bernardi, 1999).

Siguiendo por esta línea de estudio, son muchos los autores que difieren en cuanto al impacto negativo o positivo que puede llegar a tener el enactment. Autores como Renik (Renik, 1993) sostienen que el enactment tiene consecuencias esencialmente terapéuticas, pues supone la puesta en escena de procesos que hasta ahora eran inconscientes. Trayendo a consciencia estos aspectos transferenciales-contratransferenciales, el paciente consigue reexperimentar y dramatizar con el analista procesos que hasta ahora estaban fuera de su consciencia y de esta manera se podrá cambiar el conflicto transferencial (Ivey, 2008).

Otros autores entienden el concepto de enactment desde una visión mucho más negativa, por ejemplo, la escuela kleiniana considera que es una forma de evadir el dolor de experimentar y entender las realidades emocionales (Ivey, 2008). Steiner argumenta que todo enactment implica una ruptura del encuadre y de la actitud analítica, lo que interfiere inevitablemente con la capacidad del analista de pensar y contener a su paciente (Steiner, 2006).

A pesar de sus argumentos a favor de que el enactment pueda convertirse en una barrera que interfiere en el proceso terapéutico, Steiner también sostiene que es una realidad inevitable en la relación terapéutica y que, si se comprende adecuadamente, puede llegar a ser una importante fuente de información acerca de lo que le pasa al paciente.

Según Steiner, si el analista es capaz de observar el rol al que está siendo empujado a actuar, podrá arrojar luz sobre los mecanismos de defensa que rigen la vida mental de su paciente tanto dentro como fuera del marco terapéutico (Steiner, 2006).

Será en el último epígrafe del presente trabajo dónde desarrollaré las recomendaciones terapéuticas de los distintos autores para el abordaje y elaboración de los enactments en el proceso de cambio.

3.2. El Modelo de Lorna Benjamin

El modelo de Benjamin (Critchfield y Benjamin, 2008) se basa en la premisa de que las experiencias infantiles modelan el comportamiento y la personalidad de la persona adulta. El niño debe adaptarse al contexto traumático en el que se encuentra y para conseguirlo desarrolla una serie de patrones relacionales disfuncionales que se mantienen en la actualidad como una continuación de su conducta adaptativa. Los pacientes acaban internalizando los comportamientos que han aprendido y por lo tanto adquirido de sus figuras de apego, por eso se puede hablar de una relación entre los patrones interpersonales del paciente adulto y las conductas de sus progenitores (Watchel, 2018).

Muchos estudios empíricos han demostrado la existencia de una relación entre experiencias traumáticas, tanto percibidas como observadas en la infancia y el desarrollo de los estilos de relación adultos. Por ejemplo, se ha demostrado que los estilos de crianza son transmitidos de padres a hijos observando una tendencia a repetir comportamientos violentos o experiencias tempranas de victimización (Heiman y Slep, 2002). También se ha estudiado de qué manera un tipo de crianza dura e inconsistente se relaciona con problemas de conducta y depresión en adolescentes (Ge, Best, Conger & Simons, 1996). O que experiencias de abuso y negligencia durante la infancia favorecen la aparición de patologías como depresión y trastornos de personalidad tales como trastorno límite, evitativo, esquizotípico u obsesivo compulsivo de la personalidad (Sabo, 1997).

Bowlby (Rozenel, 2006), en su teoría del apego, fue el primero en hablar de los “modelos operativos internos” para hacer referencia a la relación que hay entre lo que los niños ven hacer a sus figuras de apego y lo que ellos hacen como forma de internalización.

El modelo de Benjamin desarrolla esta propuesta e incluye tres procesos o patrones de copia mediante los cuales las personas repiten en el presente las relaciones que tuvieron en el pasado: identificación, recapitulación e introyección.

La “identificación” se da cuando la persona se comporta del mismo modo en que lo hacía su agresor. Por ejemplo, se ha demostrado que aquellas personas que sufrieron experiencias de violencia en la infancia, de adultos pasan de ser víctimas a ser victimarios de sus propios hijos o de su pareja (Heyman y Slep, 2002).

La identificación puede manifestarse en las relaciones terapéuticas, Weis y sus colaboradores (Safran y Muran, 2000) sugieren que los pacientes tratarán de dominar sus

sentimientos traumáticos actuando hacia el terapeuta del mismo modo que otros han actuado con ellos. Describen esto como “la conversión de lo pasivo en activo”. Añaden que esto equivale a un modo de prueba de transferencia en la que el paciente espera inconscientemente que el terapeuta pueda manejar los sentimientos dolorosos evocados en él sin ser traumatizado, proporcionando así al paciente una experiencia vicaria de cómo manejar el trauma.

La “recapitulación” se manifiesta actuando en el presente igual que como se actuaba en el pasado con la figura de apego. Se ha encontrado correlación entre experiencias de violencia en la infancia y una actitud de victimización en posteriores relaciones de pareja (Heyman y Slep, 2002), así como haber sido víctima de abuso sexual y seguir actuando como tal en la vida adulta (Arata, 2002).

Esta “revictimización” como forma de recapitulación implica que la persona sea incapaz de avanzar y de dejar atrás el rol de víctima (con el consecuente empuje relacional para que los demás funcionen como victimarios) que le fue impuesto. Estamos hablando, una vez más, de un proceso de reenactment por parte del paciente.

Por último, la “introyección” consiste en que la persona se trata a sí misma del mismo modo en que le trataban sus figuras de apego. Por ejemplo, quienes han experimentado maltrato psicológico en su infancia, en la adultez tienden a mostrar sentimientos de culpabilidad y autodesprecio (Higging y McCabe, 2000). También se ha encontrado relación entre experiencias de abuso sexual en la infancia y conducta autolíticas de adulto (Critchfied y Benjamin, 2008)

Según Benjamin (Critchfied y Benjamin, 2008) estos patrones de copia se mantienen, en parte, por un deseo inconsciente de sentirse psicológicamente cerca y conectado a las figuras de apego. La repetición de los patrones mantiene una especie de proximidad psíquica a la representación interna que el paciente tiene de sus progenitores, muchas veces con la esperanza de recibir una respuesta de aprobación, aceptación y amor.

Esta reedición traumática también puede darse de manera opuesta, dependiendo de la percepción que se tenga de la figura de apego (Critchfied y Benjamin, 2008). Por ejemplo, una “contra-identificación” sería “mi padre nunca estaba ahí para ayudarme así que yo me aseguraré de estar ahí y hacer todo lo que pueda por mis hijos”.

El autor propone un caso en el que se evidencia de qué manera la paciente arrastra los patrones de comportamiento que tenía con su padre a sus relaciones actuales. Estamos hablando de una mujer casada y madre de tres hijos que fue ingresada en la unidad de psiquiatría como resultado de una depresión severa e ideación suicida. La paciente atribuye sus problemas al estrés del trabajo y su relación con su jefe.

A lo largo de su tratamiento se observa el paralelo entre la relación problemática que la mujer tenía con su padre, y la relación que ahora mantiene con su jefe. Describe a su padre como una persona emocionalmente distante, controladora y extremadamente exigente, que ignoraba las limitaciones que sus hijos podían tener. Hacía cumplir los castigos de manera severa si las cosas no se hacían como él quería, pero la paciente relata que, a diferencia de sus hermanos, tenía éxito evitando sus castigos al anticipar y cumplir con las demandas de su padre. Como resultado podía pasar más tiempo con él, algo que deseaba profundamente. Sus hermanos solían llamarla “la favorita de papá”.

En la sumisión hacia su jefe se observa claramente un *patrón de recapitulación* de la relación que tenía con su padre. La paciente manifiesta que su ansiedad y depresión son debidas a sus intensos intentos de cumplir con todas las demandas y tareas abrumadoras que le imponen.

Se observa también un *patrón de introyección* a medida que las demandas de su jefe se hacen más duras, igual que pasaba con su padre, y su autoexigencia es cada vez mayor. Relata que este es su modo habitual de funcionamiento, tanto en el trabajo como en casa, cuando tiene que enfrentarse a situaciones de estrés o presión. Responde con autocríticas y decide trabajar por encima de sus posibilidades cada vez que cree “no estar a la altura”.

No hay evidencias claras de un *patrón de identificación*, pues no parece actuar de manera controladora ni distante con sus hijos, su pareja o sus compañeros de trabajo.

Estos procesos de copia revelan las percepciones que los pacientes tienen sobre sus relaciones pasadas y presentes, lo que permite comprender su contexto relacional y enfocar el tratamiento.

Benjamin propone un tratamiento psicosocial al que denomina “terapia interpersonal reconstruccionista” (Critchfield y Benjamin, 2008). Para ella el cambio reside, esencialmente, en una toma de conciencia de las conductas que se están llevando a cabo, un

reconocimiento de los impactos que tienen sobre la vida del individuo y, en última instancia, una diferenciación de los patrones aprendidos de las figuras de apego.

Una vez se comprende qué pensamientos o emociones están fomentando la repetición de patrones desadaptativos, se podrá motivar al cambio y al desarrollo de un modo de funcionamiento más saludable a la hora de relacionarse con uno mismo y con los demás en el presente.

En conclusión, este modelo demuestra que tanto las experiencias positivas o de seguridad, como las disfuncionales, modelan el desarrollo y comportamiento de la persona adulta a través de diversas repeticiones, igual que lo hace la Teoría de las Psicodinámicas Cíclicas de Paul Wachtel, que pasamos a desarrollar en el siguiente epígrafe.

3.3. Wachtel y el modelo de las psicodinámicas cíclicas

El modelo de Watchel de la psicodinámica cíclica tiene su origen en la tradición psicodinámica y en el papel que otorga a los ciclos de causación entre los procesos intrapsíquicos y los sucesos de la vida cotidiana (Wachtel, 1996). El paciente presenta una serie de dificultades derivadas de un círculo vicioso que tiene su comienzo en un conflicto infantil pero que se mantiene en el presente, afectando a su manera de pensar y de comportarse con los demás. Esto quiere decir que las experiencias pasadas nos llevan a crear las condiciones actuales que perpetúan el problema.

Se trata de una perspectiva relacional que tiene en cuenta aspectos que, hasta ahora para el psicoanálisis, pasaban desapercibidos. En palabras de Wachtel (Wachtel, 2008):

“Lo que enfatiza el psicoanálisis es cómo persistimos en pensamientos, fantasías y conductas que parecen estar fuera de lugar en relación al presente, y en cambio parecen más gobernadas por el pasado. En contraste, lo que otros teóricos e investigadores enfatizaron es que nuestra conducta es sensible al contexto inmediato y a los cambios que puedan darse en él” (p. 104)

La psicodinámica cíclica intenta reconciliar estas dos líneas de pensamiento, describiendo cómo nuestra conducta y experiencia está gobernada por los acontecimientos que vivimos, y por otro lado nuestra respuesta a ese contexto está determinada no sólo por lo que ocurre en él, sino por nuestra particular experiencia o interpretación subjetiva de esos acontecimientos (Moreno, 2009).

Por este motivo Wachtel (1996) destaca la importancia de que el terapeuta preste especial atención a cómo las estructuras psicológicas inconscientes del paciente y su forma de vida diaria interactúan y se sustentan mutuamente. El analista debe comprender de qué manera los patrones disfuncionales del paciente influyen en sus experiencias vitales y viceversa, estableciéndose así una serie de ciclos de causación.

Imaginemos a una paciente extremadamente sumisa y manejable, que siempre responde a las demandas de su entorno de manera afectuosa y dulce, con una sonrisa permanente en su rostro. Como resultado la paciente presenta una incapacidad evidente para llevar a cabo una conducta asertiva. Podría considerarse que esta manera de actuar del paciente es una resistencia necesaria para ocultar la tristeza profunda y potencialmente desorganizadora que siente, así como un intenso temor al abandono. Desde un punto de vista psicodinámico cíclico no se habla de una causalidad, sino que ambas fuerzas inconscientes, tristeza y defensa, se generan continuamente una en respuesta de la otra.

Estos esfuerzos defensivos por evitar cualquier señal de tristeza y enterrar el sentimiento prohibido, tiene como consecuencia que la paciente se conduzca a sí misma a una posición de indefensión incapaz de mostrarse tal y como es y afirmar sus derechos y necesidades. El resultado de esta situación es un sentimiento de fraude y soledad ante la incapacidad de dejar que su entorno la conozca verdaderamente. Es posible que se sienta dominada, rechazada o simplemente que sus propias necesidades no están siendo consideradas por las personas a las que ella quiere y con quienes siempre intenta ser complaciente y considerada.

Como le ocurriría a cualquier persona estas experiencias suponen un mayor sentimiento de tristeza en la paciente. El problema es que, al ser particularmente incapaz de tolerar su tristeza, ésta redoblará sus esfuerzos por rechazarla y por seguir fingiendo que no existe actuando de manera aun más amable, risueña e inofensiva.

Como consecuencia se establece un círculo vicioso insaciable del que la paciente ni siquiera es consciente. Cuanto más entierra su tristeza, más entierra su asertividad y se hace más probable que se de otra experiencia de no ser tratada como se merece, o de sentirse sola y fraudulenta. Esto genera mayor tristeza en respuesta, necesitando aún mayores esfuerzos para ocultarse a sí misma esta tristeza y rechazarla con un comportamiento que es su contrario, así es cómo se da otra repetición del modelo que ha dominado y ensombrecido su vida.

Es probable que el origen de la lucha contra su propia tristeza se remonte a los primeros años de vida de la paciente. Podría ser la consecuencia de una crianza excesivamente sobreprotectora con progenitores incapaces de sostener, modular o aliviar las emociones de su hija mediante una respuesta empática (Stolorow y Atwood, 2004) o que simplemente rechazaran la posibilidad de que en su hija existieran emociones negativas.

Efectivamente, los orígenes de este patrón podrían atribuirse a experiencias pasadas, pero para Wachtel entender esto no bastará para cambiar las dificultades presentes. El pasado no es lo que está manteniendo el problema y por lo tanto no es tan relevante como conocer los patrones relacionales actuales del paciente. En palabras de Wachtel (Wachtel, 1996):

“Sea lo que fuere lo que pasase en los primeros años de vida, existe una dinámica que continúa, implicando un intercambio entre el estado interno del paciente y sucesos externos de su vida, lo cual es mucho más explicativo para entender cómo puede ser efectuado el cambio” (p. 38)

La tristeza que siente y contra la que lucha no es una tristeza pasada, sino que se regenera constantemente en la actualidad. Se establece un círculo vicioso de confirmación y desconfirmación, pues irónicamente es la paciente la que origina su propia tristeza mediante los esfuerzos y las conductas que realiza para mantenerla alejada.

Algo parecido ocurriría, por ejemplo, con una persona que haya sufrido un trauma. No sigue experimentando sus secuelas porque se hayan quedado fijadas en su cerebro determinadas experiencias, sino porque a modo de adaptación a un contexto traumático ha tenido que desarrollar, en su momento una serie de patrones relaciones y de comportamiento que arrastra hasta la actualidad. Por ejemplo estando a la defensiva, manteniendo las distancias, volviéndose alguien extremadamente frío e independiente... Conductas que favorecerán que la persona siga viendo el mundo como un lugar hostil y peligroso. Para Wachtel (Wachtel, 2008): “un estilo de vida que se originó en un trauma puede convertirse en sí mismo en una continua fuente de retraumatización que, a su vez, perpetúa ese estilo de vida problemático” (p. 111).

Debemos de tener en cuenta que como seres sociales que somos, vivimos en función de un contexto y nuestras conductas son siempre en función de algo o de alguien. Por este motivo, es evidente el papel que ejerce el contexto y las personas que forman parte de él en el mantenimiento de los patrones problemáticos del paciente. Como diría Wachtel (Wachtel, 1991): “Mantener una neurosis es un trabajo duro, sucio, que no puede ser

alcanzado con éxito en soledad. Para mantener una neurosis, uno necesita ayuda. Toda neurosis requiere cómplices”. (p. 21)

El término de “cómplices” es introducido por el autor para hacer referencia a aquellas personas que forman parte del contexto relacional del paciente y que de alguna forma colaboran en el mantenimiento de sus patrones de relación disfuncionales.

De hecho, según Wachtel (Wachtel, 1996), para llegar a entender en profundidad el dilema del paciente y lo que se requiere para conseguir ayudarlo, es indispensable entender cómo los otros se hacen cómplices de sus conductas. Estamos hablando del mismo proceso que se da durante un enactment, en el que el paciente induce a los otros a interactuar de forma que se confirmen sus expectativas y percepciones neuróticas.

Volviendo al ejemplo de la paciente con dificultades para tolerar y expresar su tristeza, no sería desacertado afirmar que probablemente induzca a los demás a conductas contrarias a sus necesidades. Y lo más seguro es pensar que de manera inintencionada e inconsciente estos “cómplices” acaben participando en el patrón neurótico de la paciente.

La paciente puede, por ejemplo, estar desde hace tiempo enamorada de un joven cuando de pronto una amiga le pregunta que si no le importa que ella quede con él. Por miedo de perder su amistad y todo lo que conlleva sentirse querida por su amiga, decide no enfrentarse a ella ni frenar su entusiasmo. Le dice que no le importa y hasta le acaba animando con falsa alegría y satisfacción a que quede con él, ocultando una vez más sus pensamientos y emociones y poniéndose a sí misma en segundo lugar como en incontables ocasiones. La mujer a la que consideraríamos en este caso “cómplice” se quedaría agradecida de que su amiga le diera el visto bueno sin ser consciente de estar participando una vez más en el conflicto interno de la persona.

La participación de los cómplices es crucial y la comprensión de esta participación por parte del terapeuta, puede marcar la diferencia entre el éxito y el fracaso. Es labor del terapeuta facilitar que el paciente reconozca cómo, a veces muy sutilmente, induce a los demás a actuar en formas que perpetúan su forma de percibir el mundo y ayudarlo a ver las secuencias repetitivas que caracterizan su interacción con otras personas (Wachtel, 2009).

El problema de que las dificultades del paciente no solo dependan de sus propios patrones intrapsíquicos, sino que también de cómo estos patrones interactúan con su contexto es

que probablemente renunciar a la manera que tenía de relacionarse hasta ahora, por muy neurótica y patogénica que fuera, dé lugar a las consecuencias que tanto teme.

La paciente aparentemente tan alegre, risueña y complaciente seguramente sea vista por su entorno como una persona divertida, poco problemática, serena... Estas defensas no solo ocultan la profunda tristeza que siente, sino que además le dan un falso control sobre su vida. Sabe que su actitud facilita la vida de las personas que la rodean y por lo tanto reduce su temor al abandono. Esta máscara que ella misma se ha puesto será un obstáculo para el cambio y, por lo tanto, para sus propios intereses y salud mental. Cuando comience a dar pasos hacia la asertividad es probable que sus “cómplices”, mal acostumbrados, le empujen más o menos conscientemente hacia sus anteriores patrones relacionales.

Por este motivo es importante que este proceso de renuncia esté guiado por el terapeuta y que así el paciente no lo viva tan solo como una fuente de dolor, sino también como una liberación. Será en el epígrafe sobre reflexiones en torno al abordaje terapéutico de la reedición traumática, dónde desarrollaré el resto de recomendaciones terapéuticas en torno a cómo manejar estas ansiedades de los pacientes.

3.4. El concepto de impasse

La interacción de significados inconscientes que se da en la relación terapéutica durante el enactment, puede provocar lo que se conoce como “impasse”. El impasse es la paralización del proceso terapéutico, los bloqueos y estancamientos por parte del paciente, pero de los que el terapeuta también es un participante (Pérez, 2016).

La teoría psicoanalítica clásica entendía, con frecuencia, que los impasses se derivaban de las resistencias del paciente. A su vez, estas resistencias se entendían como cualquier aspecto de la actividad del paciente (intrapersonal o interpersonal) que obstruye el proceso terapéutico y, en definitiva, como una barrera a superar (Safran y Muran, 2000) Tal y como manifestaba Greenson (citado en Safran y Muran, 2000), “resistencia implica oposición. Consiste en todas esas fuerzas existentes en el paciente que se oponen a los procedimientos y a los procesos de análisis” (p. 60)

Con el paso del tiempo y el desarrollo de la teoría estructural de Freud, se produjo un cambio importante en dirección a reorganizar la importancia de comprender o analizar las resistencias más que de superarlas (Safran y Muran, 2000). Wilhelm Reich (citado en

Safran y Muran, 2000), por ejemplo, sostuvo que las resistencias son algo más que fuerzas opuestas al trabajo terapéutico, sino que forman parte del carácter del individuo. Por este motivo, según Reich, si el terapeuta consigue analizar las resistencias de su paciente, obtendrá una valiosa información sobre su paciente y su manera de ser, estar y relacionarse en el mundo.

Es de gran importancia señalar esto último porque esclarece un punto fundamental del proceso terapéutico: los impasses que se producen en terapia no deben ser vistos como una piedra que rodear o que esconder, sino como una importante fuente de información sobre el paciente. En palabras de Kris (Kris, 1951), “la resistencia ya no es simplemente un obstáculo para el análisis, sino una parte de la superficie psíquica que ha de ser explorada” (p. 19)

Aun así, no debemos olvidar que el proceso psicoanalítico es el resultado de una interacción continuada entre paciente y analista y que, por lo tanto, la responsabilidad de que se produzca el impasse es tanto de uno como de otro. Las modificaciones psíquicas que puede alcanzar el paciente son el resultado de esta interacción, y la aparición de posibles impasses también es el resultado de esta interacción. De ninguna manera puede entenderse un estancamiento en el avance de un análisis atendiendo únicamente a los mecanismos intrapsíquicos del paciente como un producto aislado, sino como resultado de la interacción de dos subjetividades (Coderch, 2010).

Por eso, la resistencia de un paciente puede ser una respuesta comprensible a las acciones o actitudes de un terapeuta (conscientes o inconscientes) que se comunican al nivel más sutil. Por ejemplo, un paciente que se “resista” a una interpretación particular puede estar respondiendo, en parte, a un juicio negativo implícito del terapeuta. A un paciente al que le cueste acceder al material emocional doloroso puede costarle acceder a él en un contexto relacional específico (Safran y Muran, 2000).

La exploración de la resistencia para reconocer una emoción específica puede conducir a la elucidación de una creencia generalizada e inconsciente que tiene el paciente según la cual tales sentimientos son peligrosos. Es labor del terapeuta avanzar desde la elucidación de tales actitudes generalizadas hasta la exploración de las expectativas del paciente relativas a lo que sucederá si experimenta y expresa dichas emociones en el aquí y ahora de la relación terapéutica. Al dirigir este tipo de exploración, el terapeuta necesita tener voluntad de explorar su propia contribución a la situación y reconocer tanto ante el

paciente como ante sí mismo que los temores del paciente pueden estar basados en una percepción correcta y precisa de algún aspecto de las acciones o actitudes del terapeuta (Safran y Muran, 2000).

En lo que respecta a la manera en que el enactment puede dar paso a un impasse en la relación terapéutica, algunos autores como Giovachini y Brice (Pérez, 2016), llegan a sugerir la hipótesis de que los impasses surgidos en la transferencia son consecuencia de los impasses habidos en el desarrollo psicológico del individuo, que se reactivan en la situación analítica. Una vez más estamos refiriéndonos a la manera en que el paciente traslada a consulta las dinámicas y formas de actuar que tiene fuera de la relación terapéutica.

Siguiendo por esta línea de estudio, algunos teóricos como Fairbairn y Guntrip, conceptualizan la resistencia del paciente en el proceso terapéutico como si estuviera basada en el miedo a la retraumatización. Kohut también consideraba la resistencia como el esfuerzo por evitar la repetición de la experiencia traumática. Según él, las resistencias son funciones sanas y necesarias del self, brotan de la experiencia que tiene el paciente del tratamiento como algo peligroso (Safran y Muran, 2000).

Estos autores expresan de qué manera los enactments que se llevan a cabo en la relación terapéutica son en muchas ocasiones los causantes de una ruptura en el proceso terapéutico (impasse). Se trata de un obstáculo con el que se encuentra el terapeuta cuando no logra comprender y responder adecuadamente a las necesidades del paciente a consecuencia de una intersección entre los principios organizativos nucleares del terapeuta y del paciente.

Stolorow y Atwood (citado en Safran y Muran, 2000) proponen un ejemplo que ilustra este proceso:

Se trata de una mujer que presenta un estilo seductor y coqueto con el terapeuta. Esta actitud está motivada por una necesidad desesperada de ser reconocida y de contrarrestar los sentimientos de vacío y falta de valor. Los orígenes de este estilo seductor pueden remontarse a su relación con un padre seductor cuya atención sexual constituía la única excepción a un ambiente familiar no confirmatorio ni responsivo. El terapeuta considera que sus urgentes peticiones de respuestas afirmativas y de reflejo deberían encontrarse con el silencio del terapeuta o con breves interpretaciones. La paciente experimenta esta

actuación como la repetición de las circunstancias traumáticas de privación de su niñez y responde alternativamente con escaladas de seducción o con expresiones de ira.

La respuesta del terapeuta puede entenderse en términos psicoanalíticos, como el enfoque que conscientemente decide aplicar a la terapia, pero también como respuesta de sus propios esquemas relacionales. Él interpreta las desesperadas demandas de la paciente como una búsqueda de poder, control y autonomía; interpretación que deriva de las propias experiencias evolutivas del terapeuta. Entre ellas se incluye la relación con una madre excesivamente dominante a quien consideraba como tiránica y opresiva y a quien habitualmente respondía con la resistencia obstinada y el alejamiento. Podemos observar cómo los conflictos inconscientes de paciente y terapeuta se acoplan para generar un estancamiento en la relación terapéutica que, además, tiene un potencial efecto retraumatizante sobre el paciente.

La exploración de impasses terapéuticos como éste, ofrecen la posibilidad de investigar los matices sutiles del estilo característico de los pacientes de construir y actuar tal y como se despliegan en el presente. Cuando las cosas marchan bien en la terapia, es paradójicamente fácil que los terapeutas “pasen de largo” sin cuestionarse sus comprensiones relativas a los mundos internos de los pacientes o sin examinar el modo en que sus propias preconcepciones o principios organizativos nucleares modelan el modo de entender a los pacientes (Safran y Muran, 2000).

Los períodos de impasse, en cambio, obligan al analista a profundizar en su comprensión de los pacientes e investigar sobre su propia contribución en la interacción. Como señala Renik (Renik, 1993), “Cualquier aspecto de la actividad clínica del analista está determinada, en parte, por su propia psicología personal” (pág. 553).

4. Reflexiones en torno al abordaje terapéutico de la reedición traumática

4.1. Armonía emocional y sus implicaciones terapéuticas

Investigaciones recientes aportan algunas sugerencias interesantes sobre el rol que desempeña la armonía emocional o la falta de ésta, en el proceso evolutivo de la persona y, por implicación, en sus patrones de relación.

Stolorow y Atwood (2004) sostienen que el trauma en el desarrollo temprano se origina por una falta de sintonía en el contexto del niño, es decir por la rotura del sistema de regulación mutua entre cuidador e hijo. A falta de una respuesta empática por parte de sus progenitores, el niño no aprende a regular, tolerar y contener sus afectos y en consecuencia desarrolla una serie de patrones relacionales que, aunque en su momento fueron adaptativos a las circunstancias, en la actualidad se han vuelto patogénicos y la fuente de dificultades del paciente.

Joseph Weiss (citado en Safran y Muran, 2000) considera que la neurosis es el resultado de creencias patogénicas inconscientes que se generan debido a interacciones con los propios progenitores. Por ejemplo, un hombre cuyo padre le abandona durante su niñez podrá llegar a la conclusión de que él es nocivo para los otros, de que no merece el amor o que sentir este amor le llevará al abandono y que por eso lo más seguro es ser independiente del resto.

Un mecanismo fundamental para que se de adecuadamente el proceso de cambio consiste en que el terapeuta actúe de forma que desconfirme la creencia patogénica de su paciente. En este caso, por ejemplo, si el terapeuta le expresa lo mucho que le agrada tenerle como paciente y poder ayudarle, desconfirmará la creencia de que no merece el cariño de los otros o de que este cariño le pueda llevar al abandono, de este modo el paciente podrá gana confianza tanto consigo mismo como con su entorno.

Según Ferenczi (citado en Safran y Muran, 2000), el niño que sufre algún trauma emocional o sexual por parte de sus progenitores escinde partes de sí mismo y comienza a relacionarse con su entorno mediante un “falso self”. Como dijimos anteriormente en el modelo de Lorna Benjamin, de alguna forma el niño debe adaptarse al contexto traumático en el que se encuentra y para conseguirlo desarrolla una serie de patrones relacionales disfuncionales.

Kohut entiende que cuando el proceso afectivo no se lleva a cabo adecuadamente se da como resultado una patología del self. El niño vivencia una usurpación de su propio desarrollo, lo que le impide desarrollar un sentido del self cohesivo y autónomo (citado en Stolorow y Atwood, 2004).

Profundizando sobre esta perspectiva, Winnicott (citado en Safran y Muran, 2000) diferencia dos tipos del self, el auténtico y el falso. El “self auténtico” se desarrolla a partir de la capacidad materna para ofrecer a su hijo un “entorno de contención”, que

satisface sus necesidades, expresiones y gestos espontáneos. Cuando la madre no satisface tales gestos, el niño ha de acatarse a la respuesta de la madre a fin de sobrevivir. Estas estrategias de conformidad que se derivan dan lugar a lo que Winnicott denomina “falso self”.

Gracias a la elaboración constructiva de un impasse terapéutico, se puede ayudar al paciente a recuperar esa parte del self que ha quedado escindida y reestructurar sus esquemas relacionales. Ferenczi (citado en Safran y Muran, 2000) fue el primero en subrayar cuán importante es la relación terapéutica para ofrecer al paciente “un nuevo comienzo” en el que pueda aprender a mantener una relación con el analista sin el coste de escindir una parte del self.

El modelo de Wachtel de las psicodinámicas cíclicas, también entiende que los problemas del paciente derivan fundamentalmente de haber aprendido a una edad temprana a tenerle miedo a sus sentimientos y pensamientos. Pero para Wachtel no es de importancia conocer el origen de estas ansiedades, el patrón seguirá perpetuándose a sí mismo mediante un círculo vicioso mientras el paciente continúe viviendo de la forma en que lo hace, y continúa viviendo de esa manera porque le daría miedo no hacerlo. (Wachtel, 1996). Por este motivo el objetivo del terapeuta debe ser ayudar al paciente a sentir menor temor y este objetivo debe ser prioritario a conocer cómo comenzó el patrón.

4.2. Desarrollo del enactment y el impasse de un caso clínico

Sandor Ferenczi (citado en Safran y Muran, 2000) fue el primero en subrayar la idea de que, si se consigue comprender adecuadamente los procesos que han llevado a que se de una ruptura en el proceso terapéutico, se podrá facilitar la reestructuración de los esquemas relacionales del paciente.

Todos los autores mencionados en el presente trabajo están de acuerdo en que para que el cambio se de adecuadamente, el terapeuta debe ser capaz de reconocer los patrones relacionales que su paciente ha puesto en marcha durante el proceso terapéutico, así como la manera en que le ha empujado a interpretar el rol de perpetrador. Es fundamental para el proceso de reestructuración que el terapeuta reconozca su contribución a esta interacción para después hacérsela reconocer al paciente y así arrojar luz sobre la manera en que éste ha aprendido a relacionarse con su entorno.

Por este motivo podríamos decir que la utilidad de todo enactment reside en la capacidad del analista de reconocer que la relación terapéutica está siendo condicionada por los esquemas del paciente junto a la participación del terapeuta en dicho juego relacional, y así poder actuar en consecuencia. Solo de este modo podrán reducirse sus efectos dañinos. Para facilitar este proceso será necesario que el analista reconozca en qué aspectos es más probable que el enactment tenga lugar, y esto requiere de una auto-observación y auto-conocimiento por parte del analista.

Fingert (Fingert, 2003) deja constancia en su artículo *The Role of Enactments* de las diferentes formas en las que un enactment puede emerger durante el análisis psicoanalítico, su consecuente proceso de impasse y las herramientas necesarias para convertir dicho estancamiento en un promotor del proceso analítico.

En su trabajo, Fingert presenta el caso de una paciente de treinta y dos años muy profesional y competente en lo que a tu trabajo se refiere, pero con grandes problemas a la hora de establecer vínculos con los demás y sobre todo con los hombres. La paciente acude a terapia expresando un intenso sentimiento de soledad que la paraliza.

En un momento dado durante el transcurso de la sesión, el próximo paciente, que se encontraba en la sala de espera, comenzó a cantar para sí mismo en un tono demasiado alto. Al cabo de un rato Fingert se da cuenta de que lleva tiempo en silencio y sin atender a la paciente que tenía en frente, tratando de mitigar la irritación que le estaba provocando el ruido proveniente de la otra sala. La paciente interpretó este silencio como que la analista no estaba de acuerdo con lo que le estaba contando, que estaba siendo crítica con ella y no era lo suficientemente importante, en lugar de enfadarse con ella por su falta de atención a lo que le estaba diciendo.

Fingert le explicó que el motivo de que se desconcentrara era que le estaba molestando el ruido de fuera y no podía hacer nada para pararlo, a lo que su paciente respondió: “Pero sí podías haberle dicho que guardara silencio”. Se dio cuenta de que tenía razón y que su falta de respuesta se debió a un motivo consciente y otro inconsciente. Por una parte, creía estar haciendo lo mejor para sus dos pacientes, no quería dejar sola o interrumpir a la mujer con la que estaba haciendo terapia y tampoco quería enfrentarse con el paciente que estaba esperando fuera. Pero también se dio cuenta de que inconscientemente estaba haciendo lo que le resultaba más cómodo, no hacer nada con la situación que se había generado.

Lo que provocó el enactment entre paciente y analista fue que la paciente estuviera predispuesta a sentirse rechazada y el consiguiente sentimiento de culpa de la terapeuta. Se sintió culpable de no proteger a su paciente y que esta se sintiera criticada, una culpa que al mismo tiempo la propia paciente trataba de elicitar en la analista, de esta manera podía sentirse conectada de una forma evidentemente regresiva a su terapeuta.

4.3. Recomendaciones terapéuticas del manejo de los enactments e impasses

Siguiendo con el caso de Fingert, la autora defiende que lo que permitió que cesara el enactment fue detectar su propia participación en el proceso. Dándose cuenta de que estaba reaccionando defensivamente y negando su culpabilidad, pudo dejar de participar en la relación de víctima y victimario que se estaba entrelazando.

Otro de los factores que facilitó el manejo del enactment fue expresarle a su paciente cómo le hizo sentir en uno de sus múltiples reproches (enfadada y sin valor). Que el terapeuta fuera capaz de tolerar su vulnerabilidad hizo que la paciente pudiera comenzar a aceptar su propia vulnerabilidad también. Así es cómo Fingert demuestra que un enactment puede convertirse en momentos de encuentro entre paciente-terapeuta con beneficios significativos.

Que el terapeuta pueda aceptar su humanidad, sus imperfecciones y sus limitaciones, permitirá poner en uso durante el análisis, aquellos comportamientos y afectos que hasta ahora se consideraban no deseados o incluso dañinos para el trabajo terapéutico. En lugar de suprimir la ira, la excitación sexual o la envidia, se permitirá experimentar estos y otros afectos y usarlos para ampliar la comprensión de la interacción analítica.

Las opiniones en torno a si estas autorrevelaciones del terapeuta son beneficiosas o no para el trabajo terapéutico varían mucho entre los profesionales. Desde una perspectiva psicoanalítica tradicional se sostiene que con el fin de facilitar el proceso de adquirir el insight, el analista debe luchar por mantener su anonimato, intervenir lo menos posible y revelar lo mínimo sobre sí mismo (Wachtel, 1996).

En cambio, perspectivas psicoanalíticas más contemporáneas entienden las autorrevelaciones deliberadas y conscientes no como una falta de neutralidad, sino como una forma más de interacción entre dos personas, analista y analizado, que puede llegar a tener fines terapéuticos. En palabras de Lomas, “en la consulta hay dos seres humanos que

tienen fuertes sentimientos el uno por el otro y el terapeuta necesita ser algo más que una máquina de interpretación” (como se citó en Watchel, 1996).

En el caso de Fingert, gracias a sus auto-revelaciones la paciente pudo recordar y darse cuenta de qué manera estaba llevando a su relación terapéutica traumas de su pasado familiar: el incidente le recordó a cómo su padre hacía un par de intentos para que su madre la tratara mejor pero luego siempre se rendía y la dejaba sola contra el problema. Que su madre favoreciera a su hermano por encima de todo lo demás y que su padre se retirara a la mínima señal de un conflicto, hizo que se sintiera sola y con falta de afecto desde su infancia hasta la actualidad.

Haciendo alusión a la obra de Stolorow y Atwood (2004) podríamos decir que la paciente no tuvo la contención necesaria por parte de sus progenitores. Los padres de la que entonces solo era una niña fueron incapaces de proporcionar una respuesta empática a sus reacciones dolorosas y por consiguiente ésta interpretó sus necesidades como rechazadas. En esta relación que se establece la niña percibe que sus sentimientos reactivos dolorosos no son bienvenidos o resultan lesivos para el cuidador y deben ser por tanto secuestrados defensivamente para poder conservar así un vínculo que le es necesario.

Estos sentimientos dolorosos apartados resultan una eterna fuente de conflicto interno y en el análisis terapéutico, la reexposición de estos sentimientos al analista tiende a ser un objeto de enérgica resistencia, dónde lo más probable es que se lleve a cabo un impasse.

La impresión de Stolorow y Atwood (2004) es que el analista debe investigar e interpretar los diferentes elementos que han colaborado en la ruptura del vínculo desde dentro del marco de referencia subjetivo del paciente: la conductas del terapeuta que generaron esa ruptura, cómo dicho comportamiento impacta sobre la alianza terapéutica y sobre la autoexperiencia del paciente, el trauma que se ha replicado y las expectativas y temores sobre cómo responderá el terapeuta a la articulación de los sentimientos dolorosos que surgen en consecuencia.

Si el analista es capaz de sostener y responder empáticamente a su paciente, conseguirá aliviar la reacción emocional dolorosa que ha sido revivida en el proceso terapéutico. De este modo, el vínculo analítico se restablece y expande. No solo se supera el impasse terapéutico, sino que además el paciente va sintiendo una mayor confianza en que sus reacciones emocionales frente a experiencias de rechazo y decepción serán recibidas,

comprendidas y contenidas por el analista, lo que refuerza la capacidad del paciente para tolerar sus afectos (Stolorow y Atwood, 2004).

Este proceso sería lo que Franz Alexander (citado en Safran y Muran, 2000) denomina “experiencia emocional correctiva”. Según Alexander, que el terapeuta sea capaz de asumir una actitud diferente a la que fue asumida por el progenitor del paciente en la situación conflictiva original es una herramienta para el cambio terapéutico fundamental.

En su obra Fingert también propone escuchar las percepciones del paciente como si fueran las propias para conseguir que el enactment tenga fines terapéuticos. Se trata de que el terapeuta consiga alejarse de su propia experiencia subjetiva para centrarse en la experiencia que el paciente está teniendo a cerca de la terapia y del terapeuta. De esta manera el analista puede explorar las fantasías y percepciones transferenciales del paciente sin ninguna clase de defensa que interfiera en el proceso. Fingert incluso propone que se anime al paciente a especular sobre las causas que están motivando al terapeuta a actuar de la manera en que está siendo percibido, por ejemplo, preguntándole: ¿Sabes por qué estoy actuando de una manera seductiva, enfadada o triste? Así se le da al paciente la licencia de elaborar su fantasía subyacente.

Esta técnica, cuando tiene éxito, permite entender tanto las percepciones y experiencias inconscientes de la persona, como los aspectos que el paciente observa en el analista y que no es capaz de expresarle. Por eso esta técnica también puede convertirse en una herramienta del terapeuta para percatarse de aspectos de su propio funcionamiento que no estaba teniendo en cuenta dentro de la relación con el paciente. Dicho de otro modo, si se le da palabra al paciente, se convierte en un espejo de cómo se comporta el terapeuta.

Lo importante a la hora de actuar sobre el enactment, dice Fingert, es que sea cual sea la percepción del paciente, el analista trate de aceptarla sin defensas, entender todo lo que el paciente proyecte sobre él como una realidad que debe explorarse. Si el analista es capaz de reconocer el cambio en su propio comportamiento, puede ayudar al paciente a entender el escenario que el paciente ha favorecido que se lleve a cabo y que seguramente no solo se da en terapia, sino también en el resto de sus relaciones personales.

En definitiva, si entendemos los enactments e impasses terapéuticos como ventanas que nos permiten acceder a los esquemas relaciones del paciente y no como obstáculos que han de ser superados, nos ofrecerán la posibilidad de investigar el estilo característico de la persona a la hora de actuar en el momento presente y reestructurar sus esquemas

relacionales. La terapia conlleva, a menudo, una puesta en escena de la experiencia evolutiva traumática del paciente. Si el analista es capaz de reconocer esto, podrá ayudar al paciente a entender de qué manera empuja a las personas de su entorno a interpretar el rol de perpetradores (Safran y Muran, 2000).

5. Discusión

A lo largo del presente trabajo se ha tratado de dar una explicación al modo en que las personas reproducen en la actualidad patrones disfuncionales desarrollados en los primeros años de vida. Conductas que en su momento fueron adaptativas a un contexto traumático, en la actualidad se mantienen a costa de la salud mental del paciente.

Todos los autores y modelos nombrados anteriormente están de acuerdo en que los pacientes no manifiestan exclusivamente estos patrones de relación con sus progenitores o figuras significativas, sino que también afectan directamente a la relación terapéutica en forma de enactments e impasses.

Autores como Sandler o Wachtel hablan de la importancia del enactment para entender y experimentar en primera mano la manera en que los pacientes arrastran a las personas de su entorno, a los que Wachtel considera “cómplices”, a representar un rol particular que irónicamente perpetúa las dificultades por las que el paciente acude a terapia. Estos autores sostienen que, si conseguimos identificar y entender el enactment, podremos ayudar a reestructurar los esquemas relacionales del paciente.

Esto podría llevarnos a preguntarnos si entonces, el hecho de que se de el enactment es algo fundamental para que se de el cambio terapéutico. Como respuesta a esta cuestión podríamos hacer alusión a Renik (1993), que sostiene que el enactment no es que sea algo fundamental del proceso terapéutico, sino que es inevitable. No es buscado por el profesional, sino que es un proceso que se da de manera natural, como consecuencia de la interacción entre dos personas.

Además, como sostienen los diferentes autores mencionados a lo largo de este trabajo, un enactment tan solo es de valor para el proceso terapéutico cuando se llega a su comprensión, y esta comprensión debe darse tanto por parte del paciente, como del analista. No basta con que el terapeuta sea capaz de reconocer e interpretar el enactment, el paciente también debe hacerse consciente de lo que ha ocurrido en la relación terapéutica.

Entonces cabe preguntarse, si el enactment es de utilidad únicamente cuando es propiamente comprendido, ¿cabe la posibilidad de que sea también un potencial peligro para el tratamiento?

Como cabe esperar Rothstein (citado en Moreno, 2000) sostiene que: “el enactment es tanto más potencialmente peligroso cuanto más pobremente comprendido”. Es decir, que el riesgo de hacerse dañino aumenta cuando éste no es reconocido por paciente y analista.

Bajo mi punto de vista, un enactment corre el riesgo de afectar negativamente a la marcha del tratamiento no solo cuando no es comprendido, sino también cuando no es tolerado por paciente y/o analista. Como Fingert dijo, el terapeuta debe ser capaz de aceptar la percepción que el paciente tiene sobre él sin defensas y como una realidad que debe explorarse, y esto no siempre es fácil para el profesional teniendo en cuenta que también existen resistencias en su persona.

Por otra parte, el paciente debe aprender a tolerar todo aquello que hasta ahora rechazaba con todas sus fuerzas psíquicas, por lo que entiendo que todo enactment tiene un cierto grado de peligro de ser dañino. Se reproducen determinadas circunstancias del trauma de la persona y se pueden llegar a devolver emociones intolerables para el paciente por lo que el riesgo de que deje el proceso terapéutico será elevado.

Pero, al fin y al cabo, si son tantos los analistas que coinciden en que el enactment es un proceso tan frecuente e inevitable, ¿por qué se tardó tanto en reconocer su importancia? La causa podría relacionarse a la concepción que tiene el psicoanálisis clásico de lo que es una buena práctica terapéutica. Desde una perspectiva psicoanalítica tradicional, el paciente es visto como “manipulador” y por eso la mejor actuación se da mediante silencios, anonimato y una distancia de seguridad.

Al contrario de lo desarrollado en este trabajo, la rama más conservadora del psicoanálisis entiende que el analista debe luchar por intervenir y revelar lo mínimo posible sobre sí mismo. En palabras de Greeson (citado de Wachtel, 1996): “Las reacciones a la transferencia son siempre inapropiadas, y los sentimientos y reacciones transferenciales no benefician a los individuos en el presente hacia el cual se les dirige”.

Bajo mi punto de vista, es evidente que en el terapeuta también existen emociones, pensamientos y conflictos que surgen del proceso terapéutico y considero que, dentro de unos límites y siguiendo una serie de criterios, el analista debería poder ser libre de compartir dicha información con su paciente sin ser juzgado de mala praxis.

Las auto-relevaciones que llevó a cabo Fingert en el caso clínico expuesto, son un ejemplo de esto que venimos diciendo. Fingert reveló a su paciente que le había hecho sentir enfadada y sin valor, evidentemente decirle esto a un paciente puede tener resultados muy negativos si no se toman las medidas adecuadas. En mi opinión, una auto-revelación puede expresar al paciente la importante autenticidad que debe tener un terapeuta, pero para que tenga fines terapéuticos debemos de tener en cuenta una serie de cuestiones como: el nivel de intimidad y confianza que tenemos con el

paciente, el momento de la sesión o la actitud con la que nos expresemos. También creo que es de gran importancia anticipar con qué tolerancia va a responder el paciente y, sobre todo, asegurarnos de que la revelación la llevamos a cabo para su beneficio terapéutico y no por motivos personales, como aliviar nuestras propias ansiedades.

Otra diferencia que podemos encontrar con respecto a la perspectiva psicoanalítica tradicional es la manera de entender las resistencias de los pacientes. En su obra “Análisis terminable e interminable”, Freud (citado en Storolow y Atwood, 2004) expresaba su preocupación por las limitaciones que las resistencias ocasionaban en el proceso y cambio terapéutico. En el presente trabajo, en cambio, estas resistencias son vistas por autores como Greenson o Wilhelm Reich (Safran y Mura, 2000), como pertenecientes al carácter del individuo, y por consiguiente como una herramienta muy valiosa para conocer al paciente y su manera de ser, estar y relacionarse con el mundo. Las resistencias de los pacientes y los impasses que a veces conllevan no son vistos como una piedra que rodear o que esconder, sino como una importante fuente de información sobre el paciente.

Las recomendaciones terapéuticas en torno a cómo actuar ante las reediciones traumáticas de los pacientes también se semejan entre los distintos modelos y autores, con alguna excepción visible. Wachtel, por ejemplo, entiende que conocer el origen de las dificultades del paciente no ayudará a su resolución y por eso su trabajo terapéutico se centra más en cómo aliviar las ansiedades presentes y los círculos viciosos en los que el paciente se ve enredado actualmente. El modelo de Benjamin, en cambio, dota de importancia a las distintas maneras en que los pacientes arrastran al presente sus patrones disfuncionales pasados.

En conclusión, podríamos decir que todos los autores entienden la relación terapéutica como una valiosa fuente de información sobre lo que le pasa al paciente en sí misma. Las experiencias correctivas que se dan durante la terapia permiten el aprendizaje de nuevos patrones y supuestos por parte del paciente y además tienen la ventaja de que ocurren ante los ojos del terapeuta.

6. Referencias bibliográficas

- Bernardi, B (1999). Contratransferencia, comunicación analítica y neutralidad. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 89.
- Bessel, A (1989). The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 389-411.
- Coderch, J (2010). *Impasse. Clínica e investigación relacional. Revista electrónica de Psicoterapia*, 4(3), 531-541
- Critchfield, K.L y Benjamin, L.S (2008). Internalized Representations of Early Interpersonal Experience and Adult Relationships: A Test of Copy Process Theory in Clinical and Non-Clinical Settings
- Eagle, M. (1993). Enactment, transference and symptomatic cure a case history. *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 3:1, 93-110
- Fingert, J (2003). The Role of Enactments. *Psychoanalytic Dialogues*, 13(5), 677-687
- Genovés, A (2000). El concepto de objeto interno de Joseph y Anne-Marie Sandler. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, nº 004. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=112>
- Ge, X., Best, K., Conger, R. y Simons, R. (1996). Parenting behaviours and the occurrence and co-occurrence of adolescent depressive symptoms and conduct problems. *Developmental Psychology*, 32(4), 717-731.
- Heyman, R y Slep, A. (2002). Do child abuse and interparental violence lead to adulthood family violence? *Journal of Marriage and family*, 64, 864-870.

- Higgins, D. y McCabe, M. (2000). Relationships between different types of maltreatment during childhood and adjustment in adulthood. *Child Maltreatment*, 5, 261-272.
- Hirsch, I. (1993). Countertransference enactments and some issues related to external factors in the analyst's life. *Psychoanalytic Dialogues*, 3:3, 345-366
- Ivey, G. (2008). Controversias sobre enactment: una revisión crítica de los debates contemporáneos. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 89: 19-38
- Kris, E (1951). Ego psychology and interpretation in psychoanalytic therapy. *Psychoanalytic Quarterly*, 20, 15-30.
- Kris, E (2018). La psicología del yo y la interpretación en la terapia psicoanalítica. *Affectio Societatis*. 15(29), 275-288
- Moreno, E. (2000). A propósito del concepto de "enactment". *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, nº 004. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?articulo=0000111>
- Moreno, A (2009). Teoría relacional y la práctica de la psicoterapia. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis*, nº 031. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000583>
- Perea, A (2003). La obra de Joseph Sandler [Fonagy, P. y Cooper, A.M. , 1999]. *Aperturas psicoanalíticas: Revistas de Psicoanálisis*, nº 014. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000257>
- Pérez, A (2016). Impasse y enactment: Falsa transferencia y cambio catastrófico. *Temas de psicoanálisis*, num 11.
- Racker, H. (1953). A Contribution to the Problem of Counter-Transference. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 34: 313-324.

- Renik, O. (1993). Countertransference enactment and the psychoanalytic process. *Psychic structure and psychic change: Essays in honor of Robert S. Wallerstein, M.D* (135-158)
- Rozenel, V (2006). Los Modelos Operativos Internos dentro de la teoría del apego. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis*, nº023. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000404>
- Sabo, A. (1997). Etiological significance of associations between childhood trauma and borderline personality disorder: Conceptual and clinical implications. *Journal of Personality Disorders*, 11, 50-70
- Safran, J.D. y Muran, J.C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao, España, Desclée de Brouwer, S.A.
- Sandler, J., Dare, C. y Holder, A. (1992). *El Paciente y El Analista*. Buenos Aires: Paidós.
- Soler, M.A (2007). Contratrtransferencia [Hinshelwood, R.D]. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, nº025. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000437>
- Steiner, J. (2006). Interpretative enactments and the analytic setting. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 87:2, 315-328.
- Stolorow, R.D. y Atwood, G.E. (2004). *Los contextos del ser*. Barcelona, España, Herder Editorial, S.L.
- Wachtel, P.L (2018). Attachment theory and clinical practice: A cyclical psychodynamic vantage point. *Psychoanalytic Inquiry*, 37:5, 332-342.
- Wachtel, P.L. (1996). *La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz*. Bilbao, España, Desclée de Brouwer, S.A.

- Wachtel, P.L. (2018). La teoría del apego y la práctica clínica: un punto de vista psicodinámico cíclico. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, nº 57. Recuperado de: <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001004&a=La-teoria-del-apego-y-la-practica-clinica-un-punto-de-vista-psicodinamico-ciclico>
- Wachtel, P.L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. NY, The Guilford Press.
- Wachtel, P.L. (1991). The role of “accomplices” in preventing and facilitating change. *How people change*, 21-28. New York: Plenum
- Wainstein, B. (2015). *La obra de Joseph Sandler* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.