

Metafísica de la psicoterapia

José Antonio Garcíandía Imaz¹

Cualquier tipo de psicoterapia ha sido conceptualizada con base en éxitos terapéuticos. Por tanto no se puede decir que unas sean mejores que otras, sino que es preciso encontrar cuál es la más efectiva y útil para cada patología.

Albar Malkor

Cuando tengo un paciente frente a mí, me pregunto siempre, ¿cuál es el terapeuta que necesita que yo sea para él?

Albar Malkor

El proceso de crecimiento es un proceso que lleva tiempo.

Fritz Perls

Resumen

Introducción: En este artículo se realiza una reflexión conceptual sobre aquello que es común a cualquier tipo de psicoterapia. *Objetivo:* Proponer elementos básicos para pensar la psicoterapia. *Método:* Análisis teórico de diferentes conceptos: cuidar, pensar, felicidad, nosotros, frontera, pasado, voluntad y conversación. *Conclusión:* Con la proliferación de abordajes terapéuticos, es preciso pensar en un corpus teórico que sirva de base para el ejercicio de cualquier terapia.

Palabras clave: psicoterapia, metafísica.

Title: Psychotherapy Metaphysics

Abstract

Introduction: In this article, a conceptual reflection is made on those things common to any kind of psychotherapy. *Objective:* We propose some basic elements of thinking regarding psychotherapy. *Method:* A theoretical analysis of different concepts: to look after, thinking, happiness, we, frontier, past, will and conversation. *Conclusion:* With the proliferation of therapeutic approaches, it is necessary to consider a theoretical corpus that may provide us with the foundations for the exercise of any therapy.

Key words: Psychotherapy, methaphysics.

¹ Médico psiquiatra. Profesor asociado del Departamento de Medicina Preventiva y Social y del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Introducción

Cuando nos enfrentamos a la tarea de llevar a cabo una psicoterapia, ¿cuál es su fin? Desde una perspectiva médica, está clara la posición del psicoterapeuta: remitirse a los propósitos del juramento hipocrático (curar, y si no es posible, aliviar, y si no se puede, acompañar). Sin embargo, la psicoterapia, nacida en el ámbito de la medicina, ha realizado unos recorridos y excursos que en la actualidad la han conducido por otro camino o, al menos, uno no tan dependiente de la medicina.

Otras profesiones han incursionado en el terreno de la psicoterapia y pretenden hacerla tributaria de sus necesidades, incluso han hecho de ella una especie de patente de corso para un sin número de intervenciones, muchas de ellas irresponsables y de dudosa condición ética. La medicina tiene una cierta ventaja y cierta responsabilidad sobre otras profesiones para reclamar el ejercicio de la psicoterapia como un ámbito profesional que está bajo su tutela. Sólo hay que mirar un poco el panorama de los creadores y teóricos de las diferentes teorías, enfoques y técnicas psicoterapéuticas para percatarse de que en un porcentaje abrumador fueron y son médicos, por lo general, médicos especialistas en psiquiatría.

No es de extrañar. Los médicos psiquiatras son quienes están más

en contacto, días tras días con los trastornos, las patologías o las enfermedades mentales. Sin embargo, otras profesiones tienen un carácter terapéutico en sus actividades: la psicología clínica, la terapia ocupacional, la terapia del lenguaje, la psicopedagogía y el trabajo social, que han contribuido con valiosos aportes al desarrollo de los aspectos psicoterapéuticos.

La pregunta clave sobre la psicoterapia tiene que ver con su estatuto actual como profesión. ¿Cuál es el propósito o finalidad de una psicoterapia? Los términos más comunes que se utilizan para ello son *curar*, *sanar*, *cambio* y *transformación*. Pareciera que lo más importante en la psicoterapia fuera curar al individuo de una afección, sanar su existencia —en el sentido de ayudar al individuo a alcanzar el sentido de totalidad y bienestar emocional—, lograr cambiar las circunstancias de sus sufrimientos o, finalmente, transformar su vida hacia un proceso de evolución. Quizás podemos decir que todo ello compete al trabajo terapéutico.

La psicoterapia es un proceso de intervención que puede ser breve, de mediano o largo plazo. No es posible tener una idea clara del concepto de psicoterapia sin una comprensión de la constancia y la persistencia en el tiempo, a pesar de los cantos de sirena que prometen curaciones milagrosas y tratan de

seducir a los principiantes, quienes ajenos a la poderosa influencia de su propio narcisismo caen en las garras de la omnipotencia terapéutica, y pretenden llevar a cabo acciones terapéuticas del momento con la creencia de ser curadores milagrosos. No hay que engañarse. Un trabajo de psicoterapia bien hecho requiere tiempo. ¿Cuánto? No sabría decirlo, pero todo proceso sucede en el tiempo, una variable que no es posible obviar.

Cualquier otra terapia médica o de otro campo tiene una acción local circunscrita al individuo sobre quien actúa: el tratamiento de una infección, una lesión cardíaca u otra patología actúan en el individuo que la padece y su influencia se agota en él. Sin embargo, la acción psicoterapéutica sobre un neurótico, un trastorno de personalidad o un psicótico sobrepasan el umbral de la individualidad, puesto que toda patología mental es una patología relacional y afecta a otros de alguna manera, pero también de forma transgeneracional.

Un neurótico que resuelva sus conflictos romperá el hilo transgeneracional de la patología y liberará a su mundo relacional de la influencia nociva de sus conflictos. No es lo mismo ser hijo de un neurótico que no serlo. La mejoría, en el sentido en que se le quiera atribuir, transcenderá en las siguientes generaciones. Así, el proceso de psicoterapia se

convierte en un multiplicador de bienestar existencial para una larga y extensa red de seres humanos. Como lo decía Frieda From-Reichman, “salvar a una persona es salvar al mundo”.

El universo de la psicoterapia es amplio y extenso. Está compuesto por una multiplicidad de teorías, que son *constructos* que explican una visión del mundo constituida en paradigma; por *enfoques* dentro de esas teorías, que son interpretaciones del paradigma en las que se orienta el interés, y, finalmente, por *técnicas*, que son el modo práctico en que se concreta la teoría y el enfoque para abordar el problema y la solución. Toda psicoterapia se basa en una teoría, en una forma de explicar los fenómenos mentales. Se centra en un determinado tipo de problemática de interés y desarrolla una serie de técnicas de abordaje de los problemas.

Si pudiéramos sintetizar los diferentes tipos de psicoterapia existentes, podríamos hacerlo con base en las teorías, los enfoques y las técnicas. Sin embargo, parece más razonable hacerlo en función del relieve puesto en el significado, la acción y la relación, ámbitos donde todas las psicoterapias tienen una participación, aunque en porcentaje y predominancia diferentes. Por ejemplo, las psicoterapias que hacen hincapié en el valor del significado (hermenéuticas), como el psicoanálisis; las *prag-*

máticas, que tienen puesto el acento en la acción o en el comportamiento, como la cognitivo-conductual, o las *relacionales*, que se centran en la interacción, en la importancia de la conversación y su valor transformador como la sistémica.

La historia de la psicoterapia es un constante proceso de encuentros y adaptación entre teorías, enfoques y técnicas con nuevas poblaciones clínicas, nuevas comprensiones culturales del hombre, sus problemas y la existencia; por ello depende de los tiempos y el contexto. ¿Es útil? Si miramos cualquier tipo de psicoterapia, está basada (en cuanto al constructo teórico, enfoque y técnica) en éxitos terapéuticos. Ningún teórico de la psicoterapia ha basado sus conceptualizaciones en fracasos terapéuticos. En realidad, todas las terapias sirven si se llevan a cabo con conocimiento, práctica y técnicas utilizadas con responsabilidad y pensando en el beneficio del paciente.

Hoy en día existen modelos de terapia que tratan de integrar diferentes prácticas terapéuticas. Cada nueva teoría, enfoque o técnica pretende detentar la idea de ofrecer más soluciones a los distintos problemas. Y cada nueva corriente se disputa el espacio terapéutico a brazo partido con las otras para lograr figurar y participar en el gran banquete donde se descuartiza al hombre de mil formas, para rearmarlo según

su modelo de comprensión del ser humano y su mente. Sin embargo, en mi opinión, entre las diversas corrientes terapéuticas tienen verdaderamente efecto terapéutico los rasgos comunes compartidos por todas ellas.

En este sentido, comparto la idea de Stern (1) sobre que lo que verdaderamente influye en el resultado positivo final de las terapias son esos rasgos comunes, más que los rasgos únicos y específicos de cada una. Al partir de esta idea, pienso en la necesidad de explorar tales rasgos comunes que toda psicoterapia posee y comparte con otras, esto es, analizar una metafísica de la psicoterapia.

Más allá de las específicas características de cada terapia, existe algo en común. Lo primero y fundamental es la compasión; esa sencilla pero contundente conexión humana entre quien sufre y quien participa y contribuye en el proceso de curar, sanar, cambiar o transformar. Sin esa condición que permite conectarse desde la pasión más profunda por lo humano, no es posible hacer psicoterapia, la que sea o, mejor, se puede, pero dudo de que se pueda hacer bien o llamarse psicoterapia.

Cuidar, pensar, felicidad, sabiduría, lucidez

En esencia, todo trabajo terapéutico pasa por propiciar cuidados a otro que padece, como un eco de la

relación materna, donde la madre propicia cuidados al niño que no puede valerse por sí mismo. El terapeuta también actúa como cuidador del paciente que acude a él en busca de atención para su angustia, sufrimiento y padecimientos que no ha podido resolver.

El cuidado, como concepto, tiene una especial transcendencia en el ámbito de la psicoterapia. La palabra que lo origina, *cuidar*, tiene significados que van desde vigilar, proteger, poner esmero y diligencia, hasta dar atención a algo o alguien, y que se hacen relevantes para todo aquel que se dedique a la psicoterapia. Esto porque la psicoterapia adquiere un sentido de acción concreta sobre aquel que busca cuidados a partir de la relación con otro. Al fin y al cabo ser cuidado es el deseo de todo aquel que quiere una psicoterapia (2).

La palabra *cuidar* ha derivado en algunas regiones hacia el término *cuido*, para expresar el alimento seco que se da a los animales. En otras regiones, ese mismo sentido de alimento seco se dice *pienso*. En cualquier caso, tanto *cuido* como *pienso* son alimentos y denotan un sentido de solicitud y atención hacia otro, un fenómeno relacional. Expresan, así mismo, un sentido de preocupación alimenticia y nutrición compartido que invita a explorar la conexión que ambas palabras mantienen. Levi-Strauss menciona algunas tribus primitivas que desig-

naban a las comidas como “buenas para pensar” o “malas para pensar” (3), descripción que anuncia la conexión de estos dos conceptos en otras culturas.

En un sentido general, la palabra *pensar* se refiere al acto de formar ideas en la mente, reflexionar; además, tiene otras acepciones como dar pienso a los animales, dar de comer a las personas, cuidar de la manutención y de todas las cosas necesarias a una persona. Su origen en la palabra latina *pensare* aporta significados como pesar (en el sentido de dolor), pender (en el sentido de algo que cuelga) y discurrir (proceso de tener pensamientos).

La palabra *cuidar* transita por los significados de poner cuidado, asistir, conservar, mirar por la salud, darse buena vida, querer, desear, discurrir y pensar. Por lo tanto, ambas palabras comparten el sentido de alimentar y de discurrir. De hecho, en el pasado fungieron como sinónimos en castellano antiguo. El término medieval *coidar* tenía el sentido de pensar e imaginar, en los siglos XII a XIV; así lo muestra el *Cantar del Mio Cid*, sentido que hacia el siglo XVII se mantenía como creer.

El *coidar*, originado en el término latino *cogitare* (*de coagitare*), que hereda de este significados como considerar cabalmente, ocuparse mentalmente, reflexionar, meditar y pensar, asume finalmente el

sentido del *cogitare* en su acepción más sorprendente, *agitar el espíritu*. Entonces, tanto *cuidar* como *pensar* poseen un carácter relacional, nutricional y de actividad mental —en el sentido que Bateson (3) le da al término mental, como un fenómeno social, es decir, relacional—. Cuidar es pensar y pensar es cuidar, decimos “piensa en mí” cuando pretendemos que alguien nos cuide en su pensamiento, “cuídate” cuando lo invitamos a pensar en sí mismo, o preguntamos “¿me has pensado?” cuando deseamos saber si el otro nos ha tenido en su mente, nos ha cuidado en sus pensamientos.

Podemos decir, por lo tanto, que el pensar se realiza como un cuidado en relación con un otro, por este y para este (2). En la literatura psicoanalítica es Bion (4) quien con mayor claridad observa esta relación de la ecuación pensar-cuidar, al referirse al vínculo temprano madre-bebé. El pensamiento en el niño (la función simbólica del pensar) emerge en el contorno de las caricias y cuidados y del entorno de las expresiones verbales dentro del marco relacional con la madre.

Los aspectos angustiosos (elementos beta) son acogidos por la función contenedora y metabolizadora de la madre (función alfa), quien finalmente los transforma —desde su expresión angustiosa incomprensible, invasora e incontenible— en matrices simbólicas que darán paso

a esbozos de contenidos mentales rudimentarios con los cuales se construirán pensamientos. En esa relación inicial e iniciática madre-bebé, la madre (primer cuidador) cuida, alimenta, nutre y piensa. Con la leche materna fluyen los elementos básicos bioquímicos (proteínas, vitaminas, etc.); además, llega cargada de palabras, sonidos en principio indescifrables que anuncian la presencia del mundo extrauterino, hasta ese momento sólo una posibilidad.

En este punto, *cuidar/pensar* aparecen como las dos caras del fenómeno relacional, y por lo tanto son también el sustrato esencial sobre el que se construye la relación y el proceso terapéutico. En la evocación de ese primer vínculo madre-bebé, matriz de cualquier otro posterior, la relación terapéutica se constituye como el reflejo proyectado de aquel, un encuentro que es en realidad un reencuentro (5), en el que de nuevo el primer cuidado del cuidador (terapeuta) es pensar.

Y es pensar en sus dos acepciones, la de discurrir (como acto de tener pensamientos con el otro) y agitar el espíritu (como remoción de la interioridad del otro). ¿A qué van las personas con padecimientos a la psicoterapia? Fundamentalmente a pensar, porque los padecimientos, el dolor y el sufrimiento dificultan pensar, cuidarse; aíslan del mundo y repliegan al individuo a los limi-

tes de sí mismo, al encerrarlo en el reducido contorno de sus incomprendiones.

En el acto terapéutico se pone en acción la ecuación *pensar-cuidar* para articularse en la vida de las personas con padecimientos como el vínculo con el mundo y consigo mismo, a través de otro que *agita el espíritu* (*coagitare: co/con, agitare/llevar adelante*) y lo lleva adelante con él, hacia el futuro desde un pasado y un presente dolorosos. Y al hacerlo, el terapeuta (o cuidador o pensador) intenta que el paciente sea más feliz de lo que es, porque quien padece desea tener una buena vida, propiciarse la felicidad de la cual carece, pues los padecimientos —en sus camaleónicas versiones: angustia, obsesiones, fobias, delirios, etc.—, instalados como inquilinos incómodos en su existencia, se la han hurtado. Los pacientes son personas infelices que anhelan ser felices; por ello buscan la ayuda de otro, porque solos no gozan, no saben, no pueden actuar en coherencia y son incapaces de acceder a la felicidad. Así, emerge la figura del terapeuta como el cuidador que alimenta de pensamientos para la felicidad.

Y ¿qué es ser feliz? Decimos que alguien es feliz, en el sentido más prosaico, cuando observamos que está contento, dichoso, plácido, tranquilo, a gusto, satisfecho; en fin, cuando es afortunado. En su origen latino *felix* se refiere a lo favo-

nable y lo favorecido por los dioses. Sin embargo, en un inicio su significado más arcaico tenía el sentido de fructífero, fértil, quizás derivado de la palabra indoeuropea que le dio origen, *dhe-l-ik* (la que amamanta). A su vez, proveniente de la palabra *dhei*, mamar y amamantar, acciones relacionadas con la fertilidad en la medida en que la alimentación fertiliza. La fertilización hace propicio un terreno o un espacio para la generación de frutos.

En nuestra cultura occidental, como vemos, el ser feliz surge como un concepto relacionado con las funciones nutricias y se conecta con el pensar y el cuidar en una triada que evoca la acción de alimentar, la primera acción relacional a la que todo ser humano se expone en cuanto nace. En este sentido, es posible encontrar sugerentes conexiones entre el terapeuta y su paciente, porque “un terapeuta necesita cuidar, pensar y ser fértil (amamantar) en el frecuentemente árido territorio de los pacientes” (2).

La terapia que con frecuencia es entendida como un lavadero de culpas, un basurero donde se botan las incomodidades y molestias, el lugar mágico donde se venden ilusiones de cambios milagrosos o el espacio donde el terapeuta es un testigo silencioso asistente de un proceso como un convidado de piedra, también podría entenderse como la vía donde es posible pensarse y cuidar-

se para la buena vida, es decir, la felicidad (fertilidad) y la sabiduría (saber vivir). Es decir, la psicoterapia debe servir para aprender a vivir, un aprender a vivir diferente, al menos, al que se lo posibilita la patología.

Felicidad y sabiduría mantienen una relación íntima. Si la etimología de la felicidad se conecta con el acto de mamar, amamantar y preparar el terreno para que sea más fértil, la etimología de la *sabiduría* nos retorna a la boca; ese lugar del cuerpo que actúa el mamar y las palabras. Saber, del latín *sapere* (saborear), remite al primer sabor que un ser humano siente, el de la leche materna, el sabor del primer encuentro y, por supuesto, el de nuestro primer *saber* sobre el mundo que habitamos.

Y ese primer *sabor/saber* es la expresión de un cuidado alimenticio que, acompañado de pensamientos, abona el terreno existencial y se constituye como el primer saber que produce felicidad, es decir, fertilidad para las posibilidades de creación de una nueva forma de vivir la existencia. La experiencia del amamantamiento en que confluyen cuidado, pensamiento, felicidad y sabiduría se constituye en una metáfora para la psicoterapia.

En ésta, buscamos la felicidad por medio de una sabiduría que es de uno mismo, porque el paciente va, entre otros afanes, a saber más de

sí mismo, a saborear su felicidad, porque la felicidad sólo puede estar dentro de nosotros mismos, como decía Epicuro: “Ese saber o sabiduría de la propia verdad genera un gozo, un gozar de sí mismo que es, sin lugar a dudas, un profundo contacto con la felicidad, con la propia fertilidad, que es la mayor manifestación de la creatividad” (2).

Con esta perspectiva, se puede decir que la psicoterapia es una actividad que, por medio de razonamientos, explicaciones, interpretaciones, discursos, comprensiones y entendimientos a partir de conversaciones, nos procura la posibilidad de vivir de otra manera, una vida más feliz. Las conversaciones y las reflexiones terapéuticas en las que están involucradas las personas que padecen son orientadas a lograr pensar mejor para vivir mejor, a saber pensarse y cuidarse mejor y más claramente, con más luz, con lucidez.

Podría decirse que el objetivo de la psicoterapia, de cualquier psicoterapia, es el de alcanzar el máximo de felicidad en la mayor sabiduría, con el máximo de lucidez. Quienes buscan psicoterapia, lo hacen porque la visión de su propia existencia es confusa por la acción de los síntomas, porque necesitan más claridad en sus existencias y porque desean vivir, pero vivir diferente de como lo han hecho, con una gran lucidez, con una clara conciencia, es decir, con-conocimiento (*cum-scientia*)—.

Conocimiento y conciencia tienen una íntima conexión, la conciencia es un conocimiento, su origen latino así lo atestigua, *con-sciere, conocer con*, conocer juntos.

Ese es el sentido de la psicoterapia: paciente y terapeuta trabajan para conocer juntos en un tiempo y espacio sagrado —no en un sentido místico, sino en sentido antropológico—, en los que construyen conversaciones desde las cuales destila un conocimiento común, compartido de sus encuentros periódicos y desde el cual cada uno obtiene su propia lucidez. El uno desde la claridad de sí mismo que pretende obtener, el otro desde la claridad que necesita tener de sí mismo en su escucha.

Y ¿para qué la claridad y la lucidez? Para hacer una travesía, puesto que la conversación terapéutica es un tránsito, un camino iniciático que media entre el deseo y la felicidad, desde la imposibilidad hasta la posibilidad. Y ese proceso tiene muchos momentos oscuros, de difícil acceso; sucede en una frontera entre terapeuta y paciente, porque no existe algo a lo que podamos llamar terapeuta:

... pues este lo es siempre en relación con un otro; pero no otro cualquiera, otro que lo busca para encontrar el camino a la felicidad. Un terapeuta es alguien que no existe solo, es parte de un todo, de una

relación donde se cuida, se piensa para la felicidad (fertilidad). (2)

Como dice Comte-Sponville, es poder gozar, poder saber y poder hacer (6), y esto nos remite a las tres preguntas en las que se sintetiza, según Kant (7), el interés del ser racional: ¿qué puedo saber? Todo lo que se incluye en el campo de la experiencia posible. ¿Qué debo hacer? Lo que me hace digno de ser feliz. ¿Qué puedo esperar? La felicidad.

Inteligibilidad relacional

Desde el nacimiento, las relaciones son el océano en el que nos movemos. “Al fin y al cabo, el parto es el punto de encuentro entre el bebé que se encuentra en sus brazos y el que imagina su mente”, dice Stern (1) al respecto del encuentro con la madre. Y en ese instante prosiguen las conversaciones ya iniciadas desde el mismo momento del encuentro de quienes llevaron a cabo la fantasía de su deseo de crear con el espacio de sus cuerpos, el espacio de un tercero imaginario (con límites difusos) que ahora es imaginado (tiene límites concretos). Cualquier otra relación entre seres humanos es posterior a este momento inaugural y es un reencuentro (8). Y la psicoterapia no es una excepción como relación humana que es. Las personas que acuden en busca de psicoterapia esperan que del vínculo generado con el terapeuta emerja la respuesta a sus dificultades.

Las metáforas que han predominado sobre la mente insisten en la idea de que los significados, los sentidos y los matices permanecen en un espacio individual interior indefinido; sin embargo, resulta más útil pensar que el significado emerge y se construye en la actividad en conjunto de las relaciones de las cuales es un destilado. Sobre todo de los procesos de socialización primaria con la familia nuclear y extensa, donde se define nuestro calado humano y con el apoyo de la socialización secundaria, que aporta la presencia de los pares y los contextos social, cultural y político:

La construcción de significados en el ser humano está atravesada por múltiples dimensiones que tienen su cotidianeidad durante toda su existencia y se articulan como una noción dinámica y flexible. Sometidos como estamos a las influencias de múltiples dimensiones, mediante procesos de interiorización, objetivación y exteriorización, va construyéndose el proceso de nuestra identidad. (9)

De concretarse esta en un mundo relacional, tiene sentido pensar que si abordamos los padecimientos de las personas (de la índole que sean), las relaciones poseen una presencia inevitable. La fisiología de un ser humano no termina en la piel, continúa en la piel de otro. Entonces, el padecimiento excede los límites de la corporalidad individual y se instaura en un espacio de frontera

entre el yo y los otros; no es exclusivo del individuo. Los padecimientos no son de tal o cual persona que los sufre, son en realidad un fenómeno que aparece en ella como el espacio prestado a un contexto relacional que está involucrado, implicado y complicado en su emergencia (10).

Desde esta perspectiva, es preciso un salto cualitativo en el abordaje de la patología y su observación. El interés se desplaza alternativamente desde lo que ocurre en el "interior" de las personas hacia lo que sucede "entre las personas", en un proceso circular que los conecta íntimamente. Surge la inquietud de la ubicación de los padecimientos, no ya como algo en el interior de alguien, sino como una confluencia entre lo interior y lo exterior, el síntoma como un límite y frontera (dentro/fuera del cuerpo) entre las corporalidades de los individuos.

Toda relación es límite y frontera entre el individuo y el otro, lo cual permite el desplazamiento en ambos sentidos, como un lugar de encuentros en los cuales se construye el individuo y la sociedad, lo mental, porque la mente es una frontera entre cerebros. Aquí "lo uno es lo uno de lo otro y lo otro es lo otro de lo uno" (11). En el límite sucede lo entrañable de la relación con otros, lo que incorporo del otro lo llevo en mis entrañas, en mi recuerdo; resuenan en mí sus voces como ecos de su presencia constante.

También acontece lo extrañable, el silencio que emerge en forma de incógnita ante el otro, aquello que escapa a nuestra captación, lo que no se puede saber así se esté cerca, es lo extraño y no incorporado del otro, las voces silenciadas (12). En la frontera y límite de lo entrañable y lo extrañable acontece la psicoterapia. Terapeuta y paciente se ubican en un contexto de hibridez del encuentro; ahí, en los bordes de una realidad mestiza poblada de objetos con contornos definidos y contundentes como lesiones estructurales, fisiológicas o bioquímicas, y otros más difusos como el dolor, la ansiedad, los delirios, etc.

En este territorio de lo difuso, terapeuta y paciente se ubican para conversar sobre aquello que aún escapa a los límites claros de la comprensión. Sentados cada uno en su silla, en un espacio y tiempo concretos de encuentros, con sus cuerpos presentes, todos ellos con contornos definidos, se mueven en la conversación sumergidos en un magma difuso en fluctuación constante de palabras, emociones, sentimientos, sensaciones, símbolos, intuiciones, representaciones... Ambos conversan y, al hacerlo, construyen un universo de encuentro donde la realidad comienza a parecerse cada vez más a un pensamiento transformador que a un mundo de objetos concretos:

En el límite está la conexión de los universos que ambos traen al

encuentro terapéutico, donde van tejiendo, como decía Aristóteles, un tejido de asombros, en el que se estampan las palabras con sus ambigüedades, a veces poéticas y sus precisiones técnicas; los objetos de contornos evanescentes (como una emoción) y los más filudos (como un dolor físico); los tiempos lentos de los recuerdos y los veloces como el olvido, o los mitos, que llenan el lugar de mundos mágicos o lo vacían de representaciones y lo convierten en un espacio físico banal que no se sostiene por dentro. En el discurso desarrollado entre ambos, a través del pensamiento, la realidad se expande, y los límites constreñidos del padecimiento estallan para llenarse paulatinamente de elementos que podrán desplegarse en el tiempo y en el espacio. Es el momento inaugural de una realidad en la cual no existe sujeto ni objeto, ambos son integrantes de una realidad total que los atraviesa. El relato de un sueño, de una pesadilla, de un padecimiento, de realidades circunscritas a una gran limitación de espacio y tiempo (un sueño dura segundos) adquiere en el discurso de la conversación la expansión de su realidad hacia la creación de conciencia. (9)

La conciencia emerge como un flujo: siempre la misma, pero siempre diferente, como el río de Heráclito, y se renueva en cada encuentro para alcanzar dimensiones que nunca antes los partícipes lograron. Y sur-

ge como la confluencia de yo y otro, porque eso es la conciencia, conocer con otro. Así es como vamos armando nuestra identidad, como un juego de integración de múltiples voces que han depositado en nosotros su sello y que, dependiendo de los contextos, adquieren más o menos relevancia en nuestra propia voz. Somos uno y muchos al tiempo (13). Y ahí reside el arte de la psicoterapia, en la posibilidad de expandir la conciencia de sí y del mundo.

El pasado

No hay nada más omnipresente en cualquier tipo de psicoterapia que el pasado. Cuando las personas asisten a ella, llegan con un pasado, con una historia que sustenta sus síntomas y su sufrimiento. Y siguiendo con la metáfora digestiva, ese pasado está sometido a una serie de vicisitudes: hay quienes quieren vomitarlo y no pueden; algunos lo tienen atorado entre pecho y espalda, en el esófago, como un bolo trancado; otros han sido heridos de tal manera que su alma ostenta una úlcera que sangra; muchos no pueden absorberlo ni utilizarlo para sí mismos, por un problema de malabsorción intestinal; a otros tantos se les atora en el colon, mezclado con sentimientos de rabia y dolor; cantidades de personas no pueden defecar lo que no les sirve de ese pasado y se intoxican. En todo caso, en el paciente el pasado tiene siempre una abrumadora

presencia que no puede eludirse en la actualidad del encuentro terapéutico, porque desde un inicio aparece como el tiempo del relato de los padecimientos.

No obstante, cuando abordamos el pasado y su relato, construimos una narrativa, muchas veces la que necesita sostener y sustentar los síntomas. Entonces surge la pregunta por la verdad que encierra el pasado, que ya Freud planteaba en el caso de la neurosis histérica: ¿es real o fantaseado el incidente incestuoso? ¿Qué tanto más importantes son los hechos reales ocurridos o tiene una mayor transcendencia cómo los recordamos, representamos o reconstruimos en las palabras? La idea del conflicto no resuelto anclado en el tiempo es quizás el aspecto que con más ímpetu catapultó el influjo enfermizo del pasado sobre el presente, en la medida en que siempre retorna para intentar resolverse.

Una y otra vez el pasado se asoma con persistencia en la vida actual, reeditado en síntomas o en la interacción con el terapeuta en la transferencia y contratransferencia, para conjurarse definitivamente y desaparecer con sus contenidos perturbadores —si se utiliza la metáfora psicoanalítica para entender el padecimiento—. En otras metáforas teóricas, el pasado trae su carga enfermiza desde otras generaciones, como lo expresan Bowen o Wittaker,

cuando plantean que para que surja una esquizofrenia se precisan, al menos, siete o tres generaciones de particulares formas de interacción familiar.

Para Fritz Perls, “lo perturbador está primariamente en la fantasía” (14), en la reconstrucción llevada a cabo en el tiempo. La fantasía alberga en sus redes los difusos aspectos destilados por el recuerdo, y en ese sentido se constituye en un asomo de verdad, porque no se atiene a los criterios de la razón, sino que se ampara en la carga emocional que la alimenta. La fantasía, como un concentrado de pasado, interfiere en la actualidad contaminando las emociones, los sentimientos, las acciones del paciente, quien en lugar de estar concentrado en la conciencia del momento tiene su presente salpicado del pasado que lo desvía del tomar conciencia de la realidad. Esta última padece la interferencia de contenidos provenientes de otras épocas, que actúan como un lastre cuya influencia alcanza a desvincular al individuo del futuro, como posibilidad de vivir diferente.

Por ello, como dice Stern (1), “la narración de la historia pasada puede resultar más importante que la propia historia pasada, convirtiéndose en una exposición de la representación”, lo cual muestra que la coherencia narrativa pesa más que la verdad histórica o, si no es así, tiene más trascendencia

sobre las acciones. En este sentido, la historia que un individuo construye y relata sobre el pasado posee una coherencia narrativa que se cierne como una sombra sobre la vida psicológica actual (15), sobre la que influye de manera contundente; mientras la verdad histórica permanece enredada en las palabras que intentan descifrarla.

Nunca es posible la verdad histórica, en la medida en que sólo tenemos las palabras para evocarla, y estas sólo alcanzan a traducir, es decir, a retener parcialmente sus circunstancias. Bajo estas condiciones, el acto terapéutico se abre en el presente como un encuentro para una construcción narrativa entre el terapeuta y el paciente, en la cual se conjuran las adherencias enfermizas del pasado en un tejido de entendimientos y comprensiones que abren la posibilidad de acciones desligadas de la parálisis propiciada por la fantasía y el conflicto.

En la psicoterapia nunca trabajamos con los hechos reales crudos (lo que sucedió tal y como sucedió). Ese ámbito de experiencia nos está vedado tanto al terapeuta, por obvias razones (puesto que su testimonio siempre es indirecto), como al paciente, porque también él se expone al paso corrosivo del tiempo, que todo lo altera. En este sentido, trabajamos en un espectro de conversaciones lleno de incertidumbre. Nada de lo que se dice

es verdad; todo es especulación, es decir, un reflejo en un espejo de palabras, entre las cuales el pasado logra colarse como un argumento muy débil que intenta restringir las conversaciones al estrecho campo del recuerdo, siempre incompleto, siempre mentiroso, nunca cierto pero siempre verosímil.

El pasado trae al espacio terapéutico la verosimilitud, y sobre ello conversamos, acerca de lo que es posible en el pasado y lo que puede ser posible en el futuro. No nos interesa la verdad (siempre sometida a la hermenéusis) de los hechos, pero sí los efectos trascendentes de los hechos, porque ellos están presentes en la conversación terapéutica como una proyección desde ese pasado escurridizo que adquiere su máxima expresión en el síntoma.

Los seres humanos somos animales que interpretamos. Permanentemente vivimos interpretando de manera activa nuestra experiencia en la medida en que la sentimos. Recordamos interpretando y, sin duda, no registramos con exactitud las experiencias en bruto tal y como las vivimos (16). El pasado ni es reconstruido ni es reconstruible en su completa dimensión; más bien, lo recreamos todo el tiempo en el presente. Cuando acontece la interpretación, sucede en un determinado marco contextual que propicia un tipo de inteligibilidad que nos habilita para atribuir significado a los sucesos.

Ese marco se erige como una narrativa, y los sentidos que se desprenden del proceso de interpretación no son neutrales; afectan lo que hacemos y como nos mostramos en la vida y en el mundo relacional que compartimos con otros. White expresa que esta historia o narrativa del yo determina cuáles son las experiencias de vida que llegan a expresarse y la forma que adquieren. En gran medida vivimos de acuerdo con las historias que contamos en relación con nuestras vidas, de manera tal que en realidad estos relatos y narraciones las dirigen, constituyen y organizan (17).

Cuando los relatos llegan al tiempo terapéutico, con su bagaje sintomático y la coherencia implícita en ello, la fuerza centrípeta del pasado puede absorber la capacidad escrutadora del terapeuta, que se aliara con la narración como si ello fuera verdad. Sin embargo, la tarea terapéutica es precisamente la de romper el poder envolvente de la narración y construir nuevas narraciones posibles del pasado con la intencionalidad de establecer con cada narración una coherencia diferente en la que el padecimiento no tenga sentido. Como lo expresa Boscolo:

El pasado se recuerda en el presente dentro de la relación que establecemos con nosotros mismos, con nuestras fantasías, con nuestro mundo interior, y en la relación con los demás. De esta forma,

las interacciones microsociales y macrosociales pueden cambiar la visión del pasado a diferentes niveles (individual, social, incluso cultural): la memoria histórica no es más que una interpretación del pasado compartida por la mayor parte de los que pertenecen a una cultura, es decir, la creación por consenso más vasta posible. (18)

De este modo, es notorio cómo los diferentes tipos de psicoterapia han construido formas particulares de acoger e interpretar el pasado y su trascendencia sobre la vida del paciente, en la medida en que cada paradigma terapéutico interpreta el mundo relacional de manera distinta. Sin embargo, el encuentro psicoterapéutico, con su particular inteligibilidad relacional, nos permite comprender el pasado como un trasudado de relaciones cuya naturaleza se mantiene y necesita ser reestructurada.

En el contexto del encuentro terapéutico, se narra y se renarra (19) el pasado, y en cada nueva narración se descubren nuevos argumentos que el terapeuta ayuda a explorar para comprender el significado que el paciente otorga a los descubrimientos que surgen con cada renarración. Es en la conversación terapéutica donde terapeuta y paciente actúan sobre el presente, pero al hacerlo operan sobre la memoria del pasado y sobre las expectativas que desde ellas se

proyectaban, con lo cual también actúan sobre el futuro.

En cierto modo, el presente ilumina el pasado y, por ello mismo, en el encuentro terapéutico es posible construir historias alternativas, diferentes a las del pasado con sus lastres de padecimiento. El encuentro psicoterapéutico se articula en la vida del paciente como un momento inaugural, como el primer momento de una nueva historia de vida en la que los acontecimientos del pasado adquieren nuevas significaciones desconectadas del sentido patológico y estéril, y así dar paso a formas más creativas de existencia. Implica darse cuenta de aquello de lo cual no nos habíamos percatado del pasado y que permaneció olvidado o negado. Al fin y al cabo, es una narrativa construida en medio de unas necesidades determinantes que propiciaron la decisión de cómo relatar el pasado.

El yo como un nosotros

La frase de Rimbaud "*je est un autre*" expresa, en un alarde intuitivo, la experiencia transubjetiva de la identidad de un nosotros. *Yo es un otro* es una sorprendente y misteriosa afirmación que nos impulsa a pensar que la conciencia de nuestra identidad individual se expande e involucra a los otros. Hemos construido nuestra identidad en escenarios donde los otros son las miradas que envuelven (como

contorno de contactos y entorno de interacciones) nuestro desarrollo y nuestra individualidad, que emerge como un producto inevitable en la interrelación de los otros.

La unidad psíquica no es el *self*, sino el diálogo, ser consciente (conocer con), estar consciente y tener un lugar en el espacio-tiempo y entre otros. La unidad individual siempre comienza en medio de un diálogo y, más que la confrontación, es la cooperación lo que integra y consolida todo el proceso de individuación. Cada individuo se articula como un sí mismo inmerso en las innumerables conversaciones que atraviesan su existencia, mucho más que con los excesos de autoafirmación frente a otros (20).

Los seres humanos somos contruidos en medio de las conversaciones y por ellas, de manera tal que nuestro auténtico yo no solamente está en nuestra individualidad sola, sino en nuestra individualidad conectada, porque sin la concurrencia de otro no podemos llegar a ser nosotros mismos. Como lo expresaba Berkeley, “ser es ser percibido”.

En este sentido, Buber se expresa con más precisión cuando dice “no existe el yo en sí, sino sólo el yo de la palabra básica yo-tú y el yo de la palabra básica yo-eso [...] La primera palabra básica puede descomponerse en yo y tú, pero no ha surgido de la unión de ambos: es previa al yo”

(21). Esa anterioridad es siempre un *nosotros* que, como bien lo muestra el embarazo o la primera crianza, es un solo cuerpo, una fisiología en la que la relación y la conversación prolongan y completan la acción de los neurotransmisores.

A partir de este punto hay una progresiva desconexión hasta el yo-tú en el que la relación ya no se da en la transubjetividad, sino en la intersubjetividad que, posteriormente, derivará en la subjetividad, que para ser tal, deberá volver circularmente sobre la transubjetividad de nosotros. Los tres ámbitos son como una moneda en la que la subjetividad y la intersubjetividad ocupan las caras, mientras la transubjetividad es el perfil de la moneda, justo el punto fronterizo donde se unen.

El viejo principio alquímico de la *unitas multiplex* expresa esa condición plural de nuestra individualidad, y nos permite comprender las complejidades del yo como un nosotros. El sentido de sí mismo del individuo pasa por ser el punto de confluencia e integración de múltiples relaciones que lo conforman a lo largo de su vida. Somos fragmentos de otros incrustados en nuestra existencia:

En realidad, uno es uno mismo sólo contra el telón de fondo de las identidades, de las expectativas y de las prácticas que la presencia y

las acciones de otros sostienen. El yo y los otros fungen como las dos caras de la misma moneda, y el lenguaje —como reservorio de significados— se constituye en un rol importante para la constitución y la reproducción de esa necesidad para incluir al yo y a los otros en una misma representación simbólica. El *nosotros* (yo y los otros) incluye al individuo (a mí y a los otros) en un todo coherente de significado y sentido. Nosotros es la única persona que incluye a todos, es un todo (yo y los otros), y es un fenómeno que no sucede con las personas yo, tú, él, vosotros, ellos. En estas existe una división o fisura entre el yo y los otros. Un yo siempre observante. En el nosotros, el yo está incluido e integrado a los otros, nos (yo) y otros (los demás). (22)

El espacio terapéutico, como un ámbito de trans subjetividad, es decir, de una totalidad *nosotros*, tiene todos los ingredientes de una relación humana esencial y fundamental. Cuando un niño es concebido, ocurre en medio de una conversación de dos; cuando un niño nace, nace un discurso. El inicio de aquello que es común. Todo un contexto social se moviliza en torno a la indefensa naturaleza orgánica en la que se invierten afectos, conversaciones y relaciones como una capa dérmica que filtra el mundo. De esta manera se constituye la individualidad y su experiencia más sublime, la subjetividad.

A través de esa experiencia, en la psicoterapia se establecen las condiciones para que la subjetividad del paciente emerja como una característica nueva, la de sus propias capacidades curativas o transformadoras (Fromm-Reichmann), que surgen por la acción relevante de los aportes del terapeuta a la relación terapéutica (Ferencí), más que por la asepsia afectiva que pueda mantener. El tratamiento no es algo que el médico le hace al paciente; es una interacción entre dos personas en una trama relacional.

Entonces, en esta relación, el terapeuta es un “observador participante” (Sullivan), cuyas emociones, sentimientos y reacciones forman parte del proceso trans subjetivo, más allá de las limitaciones intersubjetivas de la transferencia y contratransferencia (Freud). En la totalidad que se articula en la relación terapéutica, terapeuta y paciente son partícipes de un mismo proceso, donde se construye un nuevo discurso que organiza la vida de una manera diferente a la solución propuesta por los síntomas.

Espacio de frontera: sentido común, imaginario

En un artículo anterior (23) abordé algunas dimensiones del sentido común y su influencia en la constitución de la dimensión trans subjetiva, que se expresa en un estado de conciencia al que denomino *nosotros*,

diferente a la intersubjetividad, que se expresa en la relación de contemporáneos *yo-tú*. Esto tiene implicaciones para comprender la relación terapéutica, que entiendo como una frontera en la que se instituye el imaginario, un lugar de creación que se alimenta de la imaginación, la fantasía y el símbolo.

Para que se establezca la dimensión transubjetiva, ¿cómo podrá transformarse la experiencia inmediata del paciente en una experiencia inmediata para el terapeuta? Lo que es inmediato para el paciente es mediato para el terapeuta, y supone un gran distanciamiento. ¿Cómo es posible entonces el encuentro terapéutico? ¿Cómo puede acceder el terapeuta a la experiencia inmediata del paciente? En la relación cara a cara, a pesar de ser la más inmediata entre dos personas, sucede un encuentro de conciencias que forman un *nosotros*.

No obstante, este no alcanza a absorber todas las diferencias existentes en la inmediatez de la experiencia de uno y otro. Estas diferencias, sujetas a la interpretación, a la profundidad, a la cercanía y al impacto de la vivencia, generan una gradación de la inmediatez en eso que llamamos *nosotros*, desde una inmediatez simbiótica, donde en el *nosotros* se funden las identidades, hasta una mediatez en la que el *nosotros* se ha podido deslindar en un *yo* y un *tú*, en uno y otro que son contemporáneos (24).

Estos habitan el mismo tiempo, el mismo espacio, pero más allá de eso no existe una inmediatez de la experiencia. ¿Dónde está el límite del *nosotros*? ¿Cuándo lo somos y cuándo no lo somos? ¿Cuándo pasamos de *nosotros* a contemporáneos? De nuevo volvemos a un concepto que ya esboqué en un artículo anterior (9), la *frontera*. Estamos en el territorio ambiguo, indefinido, maleable, protéico que es la frontera entre *tú* y *yo*, donde es posible en un momento ser *nosotros* y, al siguiente, ser contemporáneos (*yo* y *tú*). Allí las conciencias de las personas se entrecruzan intensamente en el *nosotros* o se rozan tangencialmente en los contemporáneos.

Un dolor puede ser una experiencia intensa e inmediata entre aquellos que viven la muerte de un ser querido común (el padre), lo cual hace que el sufrimiento sea compartido, comprendido como algo nuestro, que nos ocurre a *nosotros*. Sin embargo, alguien como un vecino estará lejos de esa experiencia inmediata. Es posible que sólo sea un contemporáneo que tangencialmente puede entrever, sentir, palpar, oler esa experiencia mediada para él por medio de lo que ve, oye, siente, palpa, huele cuando asiste en la presencia del otro.

En la vida cotidiana vivimos sumergidos en experiencias inmediatas con otros, y la “transición de la experiencia directa a la experiencia

indirecta del otro raramente se nos presenta en la actitud natural de la vida cotidiana” (24). Sin embargo, en la psicoterapia, las conversaciones empiezan a modo de un encuentro de contemporáneos: ¿quién no ha sido interrogado por un paciente que le dice “cómo puede saber qué es una depresión si no la ha padecido nunca”?, pregunta que no tiene una intención de invitar a una simbiosis, sino que es una tácita intención de lograr una transformación hacia un nosotros que propicie una cada vez mayor comprensión de la patología, del padecimiento.

En la relación nosotros terapéutica, terapeuta y paciente están presentes corpóreamente. Yo terapeuta puedo acceder y conectar con la vida consciente del otro en toda su sintomatología. Estamos sintonizados y formamos una comunidad temporal, espacial y de conciencia. Nos reflejamos mutuamente, y con nuestras experiencias de vida diseñamos una deriva del vivir que tiene un curso común, unos encuentros ritualizados y sagrados que nos permiten envejecer juntos en ese ritual, que construyen nuevas posibilidades (las que sean).

Después, cuando la cotidianidad se cierne sobre ambos, fuera del espacio terapéutico, somos de nuevo contemporáneos. Pero, ahora, con una clara herida en nuestros límites, esa que nos permitirá volver a encontrarnos y acoplarnos como

nosotros en la frontera que hemos armado en un espacio de nadie, como un absoluto que se constituye en lugar para una epistemología de vivir y para una nueva ontología de ser, esa frontera es la relación terapéutica, el lugar de la creación.

La relación de contemporáneos, por su condición misma de distanciamiento, tiene un muy escaso poder transformador. Frente a la relación nosotros —cuya presencia está permanentemente articulada en la vida cotidiana que mantenemos en nuestros contextos existenciales cercanos, que supera el límite de la distancia yo-tú—, el trabajo de la terapia tiene como uno de sus elementos centrales el poder transformar el contacto inicial del encuentro terapéutico de una relación de contemporáneos en una relación nosotros, lo más cercana a la vida cotidiana. Esto tiene un sentido profundo. Los cambios y la creación suceden en la vida cotidiana de las personas, aquí y ahora, en un contexto de vitalidad, *in vivo*.

La psicoterapia saca al individuo de la cotidianidad y lo ubica en un contexto artificial, *in vitro*, casi inerte. La vida cotidiana de terapeuta y paciente se desplaza hacia un territorio extemporáneo, fuera de aquí y ahora, donde existe un motivo fundamental para los encuentros, las experiencias inmediatas del paciente y el interés por transformar, modificar o cambiar

hacia un nuevo tipo de experiencias inmediatas que le permitan al paciente ser diferente a como ha sido hasta ahora.

No obstante, como los cambios se dan en la vida cotidiana, en el vivir del nosotros, la terapia habrá de acercarse lo más que pueda a una experiencia del nosotros transformador. En consecuencia, ese nosotros necesita un mundo de experiencias inmediatas comunes y, por supuesto, un lenguaje común, no cualquier lenguaje; es un lenguaje que precisará de nuevas palabras, nuevos neologismos, que permitan transcribir en la conversación la experiencia de vivir.

Tras el primer encuentro, claramente contemporáneo, tanto paciente como terapeuta ya han adquirido en la conversación un rudimento de nosotros, ya tienen una experiencia inmediata de conversar los dos. Poco a poco, a base de encuentros, la relación como contemporáneos irá dejando un mayor tiempo y espacio en los encuentros a la relación nosotros. Con ello se logran los cambios que después se verterán en la vida cotidiana.

Desde la situación terapéutica asistimos a un gran desencuentro. Nada de lo que diga un paciente puede ser siquiera, por asomo, captado en su esencia íntima, en un nivel de comprensión mínimamente cercano por el terapeuta. La expe-

riencia que avala lo dicho por aquel es única e irrepetible, por lo tanto, intransferible en sentido estricto, porque corresponde a su biografía. Y así los dos actores del encuentro compartan un gran monto de conocimiento a partir de experiencias comunes, porque participan de una misma cultura, sociedad, etc., la historia individual introduce una profunda brecha entre ambos. Y ese espacio de nadie (que siempre es una brecha) es el territorio de la psicoterapia, donde tiempo y espacio terapéutico se articulan e integran en las vidas de ambos.

A partir de la vida cotidiana, la psicoterapia se vive como un sucedáneo de la realidad. Cuando se entra en esas coordenadas de espacio-tiempo terapéutico y comienza a operar la relación terapéutica, inicia un nuevo ámbito de sentido, diferente al que terapeuta y paciente traen desde sus vidas personales previas. Si bien anterior al encuentro el acento de la realidad está dominado por los sentidos de sus vidas cotidianas, al entrar en la coyuntura terapéutica se exige a los partícipes un salto hacia ese lugar de frontera fuera de la cotidianidad.

Y esto, lejos de parecer tan banal como traspasar una puerta, exige pensar que no se trata de una conversación trivial, sino un momento de construcción de nuevas vivencias que generan experiencias con sentido útil para implementar en

la realidad cotidiana. La pregunta en este punto es ¿cómo trasladar estos nuevos sentidos con suficiente acento para insertarse en la realidad cotidiana de los individuos y operar así los cambios necesarios para modificar el padecimiento?

La respuesta está en atravesar unos territorios de confluencia e integración (23), lugares de frontera, entre los que están el *sentido común* y el *imaginario*, espacios mentales en el primero de los cuales se articulan los sistemas de creencias individual y social para dar lugar a la emergencia de significados. Y en el segundo se integran la imaginación, la fantasía y el símbolo. La psicoterapia es un ámbito de sentido común, imaginación, fantasía y símbolos, todo ello al servicio de crear nuevas posibilidades de entendimiento, comprensión y acción.

Sobre la voluntad

Enloquecer o desquiciarse implica experimentar la pérdida más contundente y, con frecuencia, absoluta del propio sistema de elección, es decir, del poder para la elección de nuestra conciencia, la voluntad. Esta última es la capacidad de actuar conscientemente, dirigiendo las acciones hacia un fin establecido y que le permite al individuo liberarse de una serie de determinismos. Con ella somos capaces de lograr lo que deseamos, necesitamos, nos interesa, valoramos y soñamos. Es

la herramienta necesaria para el ejercicio de la felicidad.

Con la voluntad podemos hacer, gozar y saber. Esta facultad se construye en un ámbito de interacciones; emerge en el mundo relacional del individuo. El niño comienza sus acciones como producto de los señalamientos, orientaciones y las órdenes de la madre. Paulatinamente, le añade un mayor grado de autonomía hasta que incorpora el movimiento voluntario de su propia mano para llevar a cabo acciones que parten de su intencionalidad, de la conciencia de algo que está ahí y hacia lo cual dirige su querer, que se concreta en el acto voluntario, en el acto de voluntad.

Toda patología, trastorno o enfermedad mental presenta la dificultad de usar la voluntad, de conectar esas dimensiones de la necesidad, el deseo, el interés, los valores y los sueños con los actos para lograrlos. Todas las alteraciones del examen mental son la expresión de la dificultad para utilizar la voluntad. Las alteraciones de atención, concentración, memoria, pensamiento, percepción, etc. se traducen en inatención, compulsiones, alucinaciones, delirios, etc., que sólo son la imposición involuntaria de un funcionamiento mental donde ha sido proscrita la voluntad como herramienta directriz de la existencia.

La psicoterapia, cualquiera que sea, enfoca de una u otra forma todo su

esfuerzo en llegar a ese instante en que el paciente es capaz de “mover su propia mano por voluntad propia” hacia los objetivos de su existencia. El trabajo psicoterapéutico sólo puede tener un efecto transformador en la medida en que el terapeuta no teme a estos determinismos incontrolados y el paciente recupera la voluntad.

Pero ¿voluntad de qué? De salir de su profunda soledad. Los pacientes mentales viven como los náufragos perdidos en una remota isla, y con frecuencia desisten, después de unos pocos intentos, de comunicarse con el mundo donde viven. Han renunciado a salir de su espacio solitario, han perdido su voluntad. Creen que no es posible salir de la isla. Sin embargo, el trabajo terapéutico necesita rescatar la voluntad para salir y eso sólo se consigue cuando la relación lo permite, cuando se construye el deseo de entrar en el mundo que se abandonó, primero de la mano del terapeuta, después por su propio pie.

El concepto de voluntad, un tanto olvidado y criticado por algunos como un anacronismo, es quizás uno de los territorios de lo mental que más reflexión precisan, y sobre todo en el espacio de la psicoterapia, para abordar ciertas patologías como las adicciones y la psicopatía.

Conversar, versar con

Tal vez, la psicoterapia es la expresión más elaborada de ese arte

básico humano que para Lonhergan es la conversación. No se trata simplemente intercambiar palabras, se trata de crear nuevos términos en una interacción, porque aunque sean las mismas palabras del diccionario, en la psicoterapia —la frontera donde las palabras se vuelven— se tiñen de nuevos significados, sentidos y matices exclusivos de ese territorio de encuentros, en un mestizaje que sostiene la esencia de lo que es necesario para el cambio y la transformación.

En sentido estricto, conversar es forjar palabras con otro, pero no se trata simplemente de hablar por hablar, sino de orientar este acto hacia la transformación. Es hablar desde dentro de la conversación, como dice Shoter, donde se construye una particular forma de significar los acontecimientos y la vida, porque eso que llamamos la vida interior y a la que atribuimos el origen de las dificultades (denominadas mentales) es en buena parte un diálogo permanente que prolonga las voces provenientes de otros en una conversación iniciada desde el nacimiento, en la que cruzamos palabras en un espacio simbólico e imaginario que denominamos mente, psique o interioridad.

De acuerdo con esta perspectiva, cada conversación crea sus condiciones particulares desde las cuales es posible reconstruir la vida y, sobre todo, darse cuenta, tomar

conciencia (conocer con otro) y, de ese modo, abordar la realidad sin los velos que con frecuencia la ocultan en los síntomas. Por ello las palabras adquieren una dimensión extraordinaria en la psicoterapia, porque el pasado, la realidad, lo oculto son susceptibles de ser remodelados por ellas. Y cuando se tornan escurridizos, son encauzados por las metáforas, palabras que son más que palabras y que permiten introducir la imaginación en la conversación.

Todos construimos metáforas en el trabajo terapéutico. Todo está hecho de metáforas: las teorías, los enfoques y las técnicas, lo que nos dicen los pacientes y lo que decimos nosotros. Todos en la psicoterapia estamos descentrados, porque la metáfora (*meta-foros*) es en otro lugar, el lugar de la imaginación. Y ahí, en los bordes de la conversación imaginaria, hablamos con los síntomas, que son palabras unas veces en formato celular, otras en formato relacional y algunas en formato verbal, originadas como respuestas en un diálogo infructuoso con el mundo.

En el proceso terapéutico se congregan muchas voces: las que traen el paciente y el psicoterapeuta, quienes las arrastran desde sus pasados personales y transgeneracionales y que están presentes por derecho propio; pero también acuden otras, las de los invitados, a veces unos con más frecuencia, depende de las

preferencias del terapeuta (la mayor parte de las ocasiones) y del paciente (quizás en menos ocasiones).

A mí me gusta invitar a mis sesiones de psicoterapia con los pacientes a Freud, Jung, Adler, Abraham, Klein, Bateson, Milton Erickson, Perls, White, Epstein, Linares, Bion, Winnicott, Cechin, Satir, Stern, Wittaker, Arcila, Bowlbi, Bowen, Bóscolo, Lacan, entre muchos otros, cuyos nombres sería largo enumerar y que me han ayudado siempre en las conversaciones con los pacientes. Sobre todo en los momentos difíciles de la conversación terapéutica, su voz ha sido providencial para seguir adelante con palabras prestadas que yo nunca habría podido imaginar sin haber leído todos los enormes aportes que han hecho a este sutil y complejo mundo de conocimiento, que se expresa en el difícil arte de la psicoterapia.

Referencias

1. Stern D. La constelación materna: un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos. Barcelona: Paidós Ibérica; 1997.
2. Garciandía-Imaz JA, Roza CM. Terapia y felicidad. Rev Colomb Psiquiatr. 2006;35(2):184-209.
3. Ackerman D. Una historia natural de los sentidos. Barcelona: Anagrama; 2000.
4. Bateson G. Espíritu y naturaleza. Buenos Aires: Amorrortu; 1980.
5. Bion WR. Aprendiendo de la experiencia. México: Paidós; 1991.
6. Comte-Sponville A. La felicidad, desesperadamente. Barcelona: Paidós Ibérica; 2001.

7. Kant I. Crítica de la razón pura. 18th ed. Madrid: Alfaguara; 2000.
8. Rojas A. Le phénomène de la rencontre et la psychopathologie. Paris : Presses Universitaires de France; 1991.
9. Garciandía-Imaz JA. Inteligibilidad relacional. Rev Colomb Psiquiatr. 2005;34(1):26-53.
10. Garciandía-Imaz JA. Fenomenología y sistémica. Temas. 2000;30(58):130-7.
11. Gadamer HG. Verdad y método. Salamanca: Sígueme; 1998.
12. Fernández-Christlieb P. La sociedad mental. Barcelona: Anthropos; 2004.
13. Samper-Alum J, Garciandía-Imaz JA. Voices of ethnicity: a metaphor for creating conversations that lead to collaborative therapeutic contracts. Human Systems. 2000;11(1):35-46.
14. Perls F. Sueños y existencia; terapia gestáltica. Santiago de Chile: Cuatro Vientos; 2000.
15. Ricoeur P. Tiempo y narración. Madrid: Cristiandad; 1987.
16. Garciandía-Imaz JA. Hermenéutica (traducción/lenguaje/interpretación). En: Garciandía-Imaz JA. Pensar sistémico. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2005.
17. White M. Re-authoring lives: interviews and essays. Adelaida: Dulwich Centre Publications; 1995.
18. Boscolo L, Bertrando P. Los tiempos del tiempo: una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas. Barcelona: Paidós Ibérica; 1996.
19. Payne M. Terapia narrativa: una introducción para profesionales. Barcelona: Paidós Ibérica; 2002.
20. Garciandía-Imaz JA, Samper-Alum J. Un retorno a la familia y al contexto. Rev Colomb Psiquiatr. 2006;35(4):475-510.
21. Buber M. Yo y tú y otros ensayos. Buenos Aires: Lilmod; 2006.
22. Garciandía-Imaz JA, Samper-Alum J. El tejido de un nosotros: hilando nuevos significados entre terapeuta y consultante. Rev Colomb Psiquiatr. 2004;33(3):263-84.
23. Garciandía-Imaz JA. Sentido común, psicoterapia e imaginario (primera parte). Revista Conversaciones Sistémicas. 2008;1(1).
24. Schutz A, Luckman T. Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.

Recibido para evaluación: 18 de julio de 2008
Aceptado para publicación: 31 de julio de 2008

Correspondencia
José Antonio Garciandía Imaz
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Pontificia Universidad Javeriana
Cra. 7ª. N° 40-62
Bogotá, Colombia
jose_garciandia@hotmail.com