

El cuerpo en la sesión psicoanalítica

Andrés Castaño Blanco

INTRODUCCION

En este artículo se postula la idea de que los aspectos corporales del paciente y el analista tienen una participación significativa en el desarrollo de la sesión psicoanalítica. Se dividen estos aspectos en dos tipos: a) aquellos que están en un nivel más alto de simbolización y que cumplen *per se* una función expresiva y comunicativa, como por ejemplo la mímica facial y los movimientos corporales (cuya máxima expresión en el arte sería la danza); este tipo de interacción es generalmente conocido como “aspectos no verbales” y b) aquellos que no tienen intrínsecamente un sentido comunicativo, pero que pueden irrumpir en la sesión provocando cambios más o menos significativos en el curso de la misma. Frecuentemente ambos tipos de experiencias son descuidadas en cuanto a considerar y estudiar su valor teórico y clínico.

DE LA “ASEPSIA DEL CIRUJANO” A LOS ASPECTOS CORPORALES “NO VERBALES”

En los orígenes del tratamiento psicoanalítico se consideraba que el analista debería funcionar de una manera marcadamente neutra a fin de que el paciente pudiera proyectar sus contenidos. El uso del diván lleva a un aislamiento sensorial en el que el intercambio entre paciente y analista está limitado al contenido de las palabras, ya que, por medio de las representaciones verbales, se logra que lo que estaba en el sistema inconsciente pase al preconscious. De esta forma se lograría pasar del proceso primario al secundario. Esta era la idea de la “pantalla en blanco” o del “espejo bien pulido”. Estas ideas habrían

de ser completadas, al poco tiempo con la idea de la “alianza terapéutica” (Zetzel, 1956) y la “alianza de trabajo” (Greenson, 1965). Este último autor va a incluir a la “relación real” (los aspectos no distorsionados) del paciente con el analista. Aquí surge el problema de que no se puede tener una relación real con una pantalla en blanco. El hecho que una persona que se va a encontrar con alguien, se comporte como un espejo o una pantalla ¿no expresa provocación en lugar de neutralidad?

A partir de ese momento hay un cambio de paradigma, ya que, por lo menos ciertos aspectos personales del analista están inevitablemente incluidos. El modelo de la alianza terapéutica o de la relación real con el analista de alguna manera acaba con el modelo de la pantalla en blanco y por lo tanto acaba con el mito de “todo lo que pasa aquí (amor, odio, angustia, etc.) está provocado exclusivamente por el paciente y por su historia, yo solamente reflejo eso por medio de mi interpretación”. Este breve repaso de los diferentes niveles de compromiso que requiere la función del analista culmina con la idea de que toda su persona, incluido su cuerpo, es altamente significativa en la interacción con su paciente, tanto en los aspectos verbales como en los no verbales, porque quiera o no “...*el analista comunica determinadas asociaciones de naturaleza personal aun cuando parezca no suceder*” (Racker, 1973). Esta nueva postura invita por lo tanto a considerar más detenidamente las experiencias corporales que se desarrollan en la sesión, tales como los gestos, la mímica facial, los movimientos oculares, el ritmo de los movimientos corporales, no solamente porque complementan la información transmitida por el módulo discursivo, sino porque pueden contradecir disociadamente esa información y porque en otros casos esas experiencias corporales son las depositarias *in status nascendi* de estados afectivos básicos, como los denominados por Daniel Stern (1985) “afectos de la vitalidad”, y que si no son registradas por el analista corren el riesgo de perder una nueva oportunidad de alcanzar un desarrollo adecuado de la afectividad por medio de los “entonamientos” adecuados (Stern, 1985) o, en la terminología de Fonagy (2002), no se lograría el espejamiento en la cercanía correcta como para obtener la regulación de afecto necesaria para alcanzar un proceso de mentalización adecuado. Ya Searles (1986) nos había alertado contra el riesgo de estos descuidos: “*las expresiones faciales del analista constituyen una dimensión altamente y, a menudo, centralmente significativa del psicoanálisis y de la terapia psicoanalítica, una*

dimensión que ha sido muy descuidada, sin embargo, en la literatura” (mi traducción). Sin embargo “...no todos están dispuestos a aceptar la escisión entre el intercambio verbal y la relación no verbal como un hecho dado” (Thoma y Kachele, 1985).

Posiblemente una de las causas de los impedimentos en aceptar los aspectos no verbales surja de la dificultad de otorgarles un valor simbólico adecuado frente al valor clásicamente otorgado al lenguaje, lo que ha situado a los primeros en un plano jerárquico inferior. No solamente en el psicoanálisis, sino en nuestra cultura *“La habilidad para verbalizar y explicar una experiencia a menudo es tomada como una condición necesaria para aceptarla como racional o aún real. Lo que no puede ser verbalizado, especialmente si implica emoción, es misterioso, irracional, amenazador y quizás no existe”* (Jackendoff, 1987, mi traducción). Sin embargo en los últimos años han surgido diversas teorías que tienden a achicar esa diferencia en la jerarquía simbólica. Veamos algunas de ellas:

Ya Kohut (1984) había tomado tangencialmente el tema del cuerpo y esbozaba que existe un canal importante de información no verbal que incluye los movimientos corporales y los olores.

Rosenblatt (2004) ofrece un modelo teórico en el que utiliza los conceptos de conocimiento procedimental y conocimiento declarativo, que implicarían la utilización de zonas cerebrales diferentes. El conocimiento procedimental o no declarativo sería aquel que está presente en las habilidades y que no es fácil de traducir al lenguaje. De esta manera ya se aparta del concepto de lenguaje como único organizador simbólico de las experiencias humanas.

Wilma Bucci (2003) propone un modelo de funcionamiento mental de código múltiple, en el que la información es procesada en redes paralelas. Para ella, el conocimiento que tiene un escultor o un bailarín no puede ser presentado en el formato verbal. Sostiene que la patología surge de la disociación entre los diferentes códigos. El intercambio, en ambos sentidos, entre paciente y analista se da en dos formatos básicos de información: el simbólico (imágenes o palabras) y el subsimbólico. Enfatiza la importancia de lo no verbal en el intercambio (movimientos en los músculos del rostro, ritmo de la respiración, movimientos de los ojos, detalles de la vestimenta) y dice que lo importante no es si estos procesamientos se desarrollan de manera consciente o inconsciente, sino la forma en que organizan el pensamiento.

El tercer modelo, que presenté en otros trabajos (Castaño Blanco,

2004) es el de la mente modular (Jackendoff, 1987, 1993). En este caso la idea fundamental en juego es que los procesos mentales no están basados en el resultado de un único aparato procesador sino en el de varios, cada uno de los cuales se encarga de un tipo específico de información. Esto es equivalente al concepto de “órganos mentales” de Chomsky (1972, 1975) o al concepto de “modularidad” de la mente de Fodor (1983). Sin dejar de reconocer la riqueza del lenguaje, Jackendoff lo considera un módulo más entre varios en el funcionamiento de la mente humana y se dedica al estudio de los distintos niveles de organización que tienen otros módulos. Un conocimiento visual que parece altamente especializado es el que se refiere a los rostros: uno puede reconocer una cara entre miles. Si se aplicara este mismo tipo de reconocimiento a una figura geométrica que tenga una cantidad de variables similar al de un rostro, el reconocimiento sería imposible.

El punto central que deseo destacar es el desplazamiento del modelo: además del lenguaje, existen diferentes módulos que están estructurados en niveles jerárquicos de elaboración y abstracción. El analista se comunica con su paciente por el módulo lingüístico, por el módulo musical (lo grave y agudo, los ritmos de su voz) y por medio del módulo video espacial (ritmo y pausas de sus movimientos corporales y de sus expresiones faciales). Como ya se dijo, puede ocurrir que el módulo utilizado confirme o contradiga lo expresado por el otro.

Veamos algunos ejemplos en los que se tienen en cuenta estas experiencias corporales en un nivel más expresivo y comunicativo: Etchegoyen (1986) da un ejemplo de lo que sería el “insight ostensivo” de Richfield (1954) (es decir, aquel *insight* que se obtiene por una relación cognitiva directa, por una experiencia no verbal), dice: “...muchas veces (...) le decimos al paciente: *Ve, ahí lo tiene, eso es lo que yo le estaba diciendo, o algo así. Y muchas veces hacemos el gesto con el dedo desde nuestro sillón*”. Surge la pregunta de cuál es la importancia que tiene en la mente del paciente ese dedo levantado percibido con la visión periférica o con la proyección de su sombra. O aunque estuviéramos muy atrás del diván y no hubiera sombras, ni rechinara nuestro sillón con nuestros movimientos, cuál es el efecto de la expresión de nuestro rostro y de nuestros movimientos al saludarlo, al entrar y salir del consultorio. Según las investigaciones realizadas por Krause (2000), “*la reacción facial y especialmente la reacción facial emocional de paciente y terapeuta, especialmente*

sus aspectos diádicos son indicadores convincentes y significativos del resultado terapéutico”, independientemente del contenido verbal de las interacciones, ya que la investigación se realizó con terapeutas que siguen diferentes modelos teóricos del funcionamiento de la mente.

Masud Khan (1974) da algunos ejemplos de la participación del cuerpo en la sesión: *“Se recostó y dijo quedamente: ‘Ayer estuve a la orilla de aquel lago otra vez’. Yo sabía que lo que quería decir es que había estado pensando en el suicidio. Empezó a llorar suavemente, con todo su cuerpo. Podía sentir su realidad y dolor en mí mismo. No quedaba nada de su pasada fortaleza. Eso es lo que ella pensaba y yo también. Es difícil definirlo con palabras, como si en mi experiencia de contratransferencia lo registrara con la totalidad de mi sensibilidad mental y corporal. En esta fase tuve que aprender a confiar en mi cuerpo y a utilizarlo como vehículo de percepción en el encuadre analítico”. (...)* (sigue refiriéndose a la misma paciente:) *“Si no prestaba toda mi atención corporal, ella lo notaba inmediatamente. Nunca descubrí realmente cómo lo hacía...”.* En otro artículo, refiriéndose a otra paciente, dice: *“A lo que prestaba más atención era a oír con mis ojos, de forma bastante espontánea. Durante una de las sesiones, probé el experimento de cerrar los ojos y simplemente escuchar su narración con los oídos. Y lo que oí fue una tranquila narración, de sucesos corporales extraños y perversos que le habían ocurrido a la persona de una joven. Con esa evidencia se le podría juzgar, utilizando la expresión de su amigo, como una ramera tonta y sumisa. Pero en el momento que abrí los ojos, sólo pude ver un hermoso cuerpo tendido en el diván, del que parecía difícil creer que alguien lo hubiera tocado...”.*

IRRUPCION DEL CUERPO DEL ANALISTA EN SESION

Dejaré de considerar los intercambios más significativos y simbólicos que pueden surgir a nivel corporal, para ocuparme específicamente de aquellos momentos en que el cuerpo del analista irrumpe en el clima de la sesión psicoanalítica. En otras palabras, me estoy refiriendo a aquellos momentos en que algún aspecto fisiológico del cuerpo del analista interviene en el desarrollo de la sesión, así fuera de una manera ostensible para ambos, como cuando el analista sufre un ataque prolongado de estornudos irrefrenables o cuando está

afónico; o de una manera más silenciosa en que el analista es el que percibe una urgencia o dolencia que altera su concentración en la sesión, como por ejemplo un repentino dolor de muelas o de cabeza, o el deseo de ir al baño. Creo que estas situaciones deben ser bastante frecuentes en la cotidianeidad clínica, pero llamativamente existen escasas referencias escritas. Posiblemente esto se deba a una cierta disociación mente cuerpo, vigente en nuestra cultura.

Stolorow y Atwood (1992), al referirse al mito de la mente aislada describen lo que llaman la “alienación de la naturaleza”: uno de los mitos del hombre moderno es creer que existe como una mente separada del mundo físico. De esta manera, al negar la dependencia de los ciclos biológicos y su vulnerabilidad, el hombre se siente protegido frente a las contingencias de su ser biológico y a la certeza de su muerte. Los autores señalan también otra forma de disociación mente-cuerpo, que es la del materialismo y del conductismo. Es aquella postura que lleva a sostener que la existencia humana es puramente material y por lo tanto las experiencias subjetivas quedan reducidas a procesos orgánicos. Esta sería otra forma de defenderse de la angustia frente a la muerte, ya que la misma no existiría como experiencia subjetiva.

Veremos ahora algunos ejemplos en los que el cuerpo del analista irrumpe en la sesión. Si un analista siente un malestar suficientemente intenso previo a la sesión es probable que anule la misma, ya que sabe que no va a poder ayudar a su paciente de una manera adecuada. Lo mismo puede ocurrir en medio de una sesión. Pero existe una gama intermedia de molestias (muy frecuentes por la gran cantidad de horas que el analista pasa con sus pacientes), difíciles de evaluar en cuanto a la posibilidad de dañar las capacidades del analista, por ejemplo si le duele ligeramente la cabeza, o tiene un poco de sueño porque no durmió bien la noche anterior.

En una supervisión una colega me refería su malestar por lo ocurrido en una sesión con un paciente. Hacía un día que venía sintiendo algunas molestias digestivas ocasionales a las que no había prestado mucha atención. Había comenzado una sesión en la cual su paciente mostraba una actitud reflexiva con respecto a los temas tratados en la sesión anterior. En esos momentos se desarrollaba una transferencia positiva. Cuando ya había pasado más de media hora de sesión la analista comenzó a sentir nuevamente las molestias digestivas, que se fueron incrementando a medida que pasaban los minutos. Evaluó que no eran unas molestias tan intensas como para

interrumpir la sesión y siguió participando como hasta ese momento, aunque al mismo tiempo se dio cuenta de que su conexión subjetiva con el paciente había disminuido. Los últimos minutos de la sesión el paciente permaneció en silencio y al final dijo que no sabía qué le estaba pasando, que sentía que se había dispersado. En ese momento pensó que era evidente que la dispersión del paciente era una respuesta a la poca conexión que ella estaba sosteniendo, que aunque ella seguía participando más o menos con el mismo ritmo en toda la sesión, era claro que de alguna manera había transmitido su desconexión. Pensó también hasta dónde era correcto éticamente no aclarar al paciente cual había sido el origen de su dispersión. Posteriormente, la colega trató de reflexionar si algún aspecto del paciente habría podido impactarla inconscientemente como para incrementar sus dolencias digestivas. Durante la supervisión la colega pudo relacionar la escena de su desconexión con ciertas particularidades de la vida del paciente. Cuando él tenía ocho años, su hermano había fallecido y a partir de entonces su madre había entrado en una depresión de la que nunca salió hasta su muerte. Para el paciente, su madre estaba tan centrada en su propio dolor que no había podido estar disponible para él. La colega pensó que de alguna manera se había repetido microscópicamente el mismo hecho traumático. Era muy posible que el paciente tuviera inconscientemente cierta sensibilidad especial ante la falta de disponibilidad de las personas significativas. La duda que quedaba era si esta constelación inconsciente del paciente era tan poderosa como para originar las dolencias de la analista y de esta manera repetir la escena traumática o si las dolencias de la analista agregaron un elemento que reeditara en la mente del paciente la escena traumática del abandono sostenido de la madre.

Esta supervisión me hizo recordar una escena personal sucedida hace años con una de mis analistas. Había comenzado una sesión en la que relataba entusiasmado un sueño y sus asociaciones, cuando me comenzó a llamar la atención el silencio de mi analista. Seguí con mi relato, pero ya estaba pendiente de ella. Después de unos diez minutos comencé a escuchar su respiración profunda y al girar mi cabeza en el diván, vi que estaba profundamente dormida. Al principio me preocupé pensando si estaba solamente dormida o si se sentía mal, pero la expresión parecía plácida, así que esperé en silencio a que despertara, lo que ocurrió unos treinta minutos más tarde. Durante ese tiempo tenía una mezcla de sentimientos, tales como disgusto por

el abandono que implicaba, como la duda de si mi relato era tan aburrido como para provocar el sueño de mi propia analista o al revés, me consolaba pensando que quizás se sentía tan distendida conmigo como para dormirse tranquila. Lo que más me preocupaba era cuál sería la actitud al despertar. Al reaccionar y darse cuenta de lo que había ocurrido, mi analista me aclaró que el hecho de que se hubiera dormido era una cuestión personal de ella y que yo no tenía que ver con ese hecho. Aunque habitualmente tenía una actitud bastante activa en lo que se refiere a interpretar, en ese momento se abstuvo de asociar o invitarme a hacerlo con respecto a otros aspectos de mi persona o de mi vida, lo que me alivió. Como paciente, yo pensaba que aunque era comprensible que mi analista tuviera sus propias dificultades (en este caso con su sueño), no hubiera sido adecuado que utilizara un elemento introducido por ella para analizar mis propias dificultades, a menos que yo lo hiciera por mi propia iniciativa.

Estas dos viñetas, una desde el punto de vista de una analista y otra desde el punto de vista de un paciente, ejemplifican una situación que creo que es bastante más común de lo que se reconoce, en la cual se pone en evidencia que el analista no sólo no es un espejo bien pulido, sino que tiene un cuerpo vivo y frágil que a veces impone su presencia.

Racker (1973) ya ha llamado la atención sobre el hecho de que en la situación analítica no sólo el paciente sino también el analista está involucrado por completo, incluyendo su estructura psíquica y todo lo relacionado a ella. Agregaría que cada una de estas dos personalidades (la del analista y la del paciente) tiene su propio cuerpo y su propia fisiología, que a veces también responde a los acontecimientos de la situación analítica, así que puede ser que un analista “se duerma” como reacción a su paciente, pero que también tiene sus propios ciclos biológicos que inciden en el desarrollo de la sesión.

El problema que se plantea es cómo saber si ciertas reacciones fisiológicas de nuestro cuerpo son contratransferenciales o no. Es decir, ¿cómo sabía mi ex analista que su sueño no estaba provocado o facilitado por mi propia persona? Pero también se plantea el problema inverso ¿no será que muchas de las reacciones de los pacientes son provocadas por nosotros mismos, como pareciera que ocurrió en la primera viñeta? Como dijo Balint (citado por Thöma, Kächelle, 1989): “*Sólo Dios sabe qué gran parte de los fenómenos*

transferenciales que pasan frente a sus ojos y que él (el analista) observa, pueden haber sido producidos por él mismo”.

Puede ayudar a solucionar este problema la idea de transferencia que postula Hoffman (1983): “*De lo que da cuenta la transferencia del paciente no es una distorsión de la realidad, sino una atención selectiva y una sensibilidad a ciertas facetas de la respuesta del analista al paciente, que son altamente ambiguas*” (mi traducción). Por eso la relación del analista es única con cada uno de sus pacientes, ya que lo que uno tiende a notar o resaltar, el otro parece ignorarlo. Hoffman exige al analista una “objetividad” que permita al paciente desarrollar nuevas relaciones interpersonales, de la misma manera, es necesario exigirnos a nosotros mismos la difícil tarea de prestar atención a todo aquello que aportamos al análisis, independientemente de cada paciente, entre lo que está incluido nuestro propio cuerpo.

CONCLUSIONES

La interacción a nivel corporal es un componente significativo en la sesión analítica, que puede confirmar, anular o contradecir lo expresado a nivel discursivo. En el caso del ejemplo de Etchegoyen, el “*Ve, ahí lo tiene*”, acompañado con el gesto del dedo puede significar una expresión que reafirma el interés del analista en el contenido de la interpretación discursiva, otorgándole vivacidad afectiva, o puede ser un gesto opresivo o intrusivo, según la aceleración y amplitud del movimiento y la aceleración y acentos de la frase. Los dos primeros ejemplos de Khan implican una conexión emocional con su paciente sentida a nivel corporal, que si es demasiado cercana, es origen de mayor angustia para la paciente y pierde su potencial simbólico y si es demasiado lejana no permite la identificación del estado afectivo que está presente en ese momento (en ese ejemplo, la desesperación), con el resultado que la regulación afectiva (Fonagy, 2002) queda perturbada en su desarrollo en ambos extremos. En el tercer ejemplo de Khan se ve cómo lo expresado a nivel corporal por la paciente permite conectarse con un aspecto de ella que está disociado del contenido discursivo de la misma.

BIBLIOGRAFIA

- BUCCI, W. "Varieties of Dissociative Experiences. A multiple code account and a discusión of Bromberg's case of William". *Psychoanalytic Psychology*, Vol. 20, N°3, págs. 542-557, 2003.
- "Pathways of emotional communication". *Psychoanalytic Inquiry*, Vol. 21, N°1, págs. 40-70, 2001.
- CASTAÑO BLANCO, A. "La interpretación no verbal. Repercusiones de la teoría de la mente modular". En: *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, Vol. 6, pág. 161, 2004.
- CHOMSKY, N. *Studies on semantics in generative grammar*. The Hague, Mouton, 1972.
- *Reflections on language*. New York, Pantheon, 1975.
- ETCHEGOYEN, H. *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu, Buenos Aires, pág. 622, 1986.
- FONAGY, P. et al. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Other Press, New York, 2002.
- FODOR, J. A. *The modularity of mind*. Cambridge, MA: MIT Press, 1983.
- GREENSON, R. "The working alliance and the transference neurosis". *The Psychoanalytic Quarterly*, Vol. 34, págs. 155-181, 1965.
- HOFFMAN, I. "The patient as interpreter of the analyst's experience". *Contemporary Psychoanalysis*, 19: 289-422, (pág. 408), 1983.
- JACKENDOFF, R. S. *Consciousness and the computational mind*. Massachusetts, The MIT Press, pág. 237, 1987.
- *Patterns in the mind*. London, Harvester Wheatsheaf, 1993.
- *Languages of the mind: essays on mental representation*. Cambridge, MA: MIT Press, 1992.
- KHAN, M. M. (1974) *La intimidad del sí mismo*. Madrid, Saltés, págs. 177, 180, 287, 1980.
- KOHUT, H. (1984) *Cómo cura el análisis*. Buenos Aires, Paidós, pág. 147, 1990.
- KRAUSE, R. "La regulación de la relación afectiva y el resultado terapéutico". En *Primera conferencia latinoamericana de investigación en psicoanálisis*, IPA, Sinopsis, Buenos Aires, pág. 408, 2000.
- RACKER, H. *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Paidós, pág. 252, 1973.
- RICHFIELD, J. "An analysis of the concept of insight". En: *The Psychoanalytic Quarterly*, Vol. XXIII, 1954.
- ROSENBLATT, A. "Insight, working through, and practice: The role of procedural knowledge". En: *Journal of the American Psychoanalytic*

- Association*, Vol. 52, N°1, págs. 883-911, 2004.
- SEARLES, H. F. *My Work with Borderline Patients*. New Jersey, Jason Aronson Inc., pág. 361, 1986.
- STERN, D. N. (1985) *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires, Paidós, 1991.
- et al. Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. The “something more” than interpretation. *Int. J. Psycho-Anal*, (1998), Web Site. <http://www.ijpa.org/>
- STOLOROW, R.; ATWOOD, G. (1992) *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Herder, Barcelona, 2004.
- THOMA, H.; KÄCHELE, H. (1985) *Teoría y práctica del psicoanálisis. I fundamentos*. Herder, Barcelona, págs. 363, 74, 1989.
- ZETZEL, E. “Current concepts of transference”. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37:369-376, 1956.

Trabajo presentado: 6-6-2010

Trabajo aceptado: 23-6-2010

Andrés Castaño Blanco
Av. Las Heras 3745, 3° “D”
C1425ATB, Capital Federal
Argentina

E-mail: castanoandres@fibertel.com.ar