



Sociedad de Psicoterapia y Psicoanálisis del Centro, A. C.

SESIÓN CIENTÍFICA

**“LAS TORMENTAS AFECTIVAS EN LA
PSICOTERAPIA”**

TRABAJO PRESENTADO POR:

DRA. MA. ELENA FUENTES MARTÍNEZ

LEÓN, GTO. OCTUBRE 10 DE 2007.

LAS TORMENTAS AFECTIVAS EN LA PSICOTERAPIA

En el trabajo psicoterapéutico con pacientes con trastornos graves de la personalidad, es frecuente encontrarnos con lo que Otto Kernberg (2003) denomina “tormentas afectivas”, que son estallidos violentos de intenso contenido sexual y agresivo hacia el terapeuta. Cuando el paciente se encuentra bajo la influencia de esta intensa experiencia afectiva pierde su capacidad de reflexión y comprensión cognitiva, así como su capacidad de comunicación verbal por lo que la conducta explosiva toma la forma de puesta en acto de estallidos afectivos repetitivos y sistemáticos. Bajo estas circunstancias, el paciente siente cada una de las intervenciones del terapeuta como algo traumático e intolerable, lo que solo podemos entender desde el análisis de la transferencia momento a momento, basándonos en la comunicación no verbal y la contratransferencia.

Desde las contribuciones de la teoría de relaciones objetales, estas “tormentas afectivas” pueden entenderse como un predominio de defensas primitivas durante las regresiones de la transferencia, concretamente la identificación proyectiva, cuyo objetivo sería inducir en el terapeuta la experiencia afectiva intolerable para el paciente (Klein, 1946), ya que el paciente necesita controlar en el otro lo que él mismo está sintiendo, moviendo a la persona a actuar (Bateman y Fonagy, 2005). La tarea del terapeuta sería entonces facilitar al paciente la reintroyección de estos contenidos previamente tolerados y metabolizados, es decir, transformados de elementos beta en elementos alfa (Bion, 1985) por la función analítica y continente del terapeuta.

André Green (1986) por su parte, entiende a las tormentas afectivas como una amenaza de aislamiento catastrófico y una invasión que desdibuja los límites del self; esta amenaza la conceptualiza desde la identificación que el paciente hace con una “madre muerta”, en la cual el contacto con un objeto perdido, ambivalentemente odiado y amado, puede mantenerse sólo mediante la eliminación del funcionamiento mental del self en un vacío paralizante. La capacidad de representación afectiva se destruye y es reemplazada por una actuación violenta y/o una somatización, manifestando así, el dominio abrumador de la pulsión de muerte en términos de una “desobjetalización” destructiva y total. También señala la existencia de una “posición fóbica central” (Green, 2000, citado en Kernberg, 2003) en el paciente borderline, quien experimenta un miedo central a que se active una situación traumática, lo que le fuerza a retirarse regresivamente de un contenido mental concreto y de cualquier esfuerzo por parte del terapeuta por ayudarlo a hacer consciente esa experiencia psíquica traumática en sí misma, en un esfuerzo por eliminar la representación del conflicto mental, es como si se tratara de obtener el estado de quietud y de reposo que sigue a la experiencia de satisfacción (narcisismo positivo) por su contrario: la inexistencia de toda esperanza de satisfacción y el abandono de toda lucha.

Peter Fonagy (1999) considera que la madre de estos pacientes fueron incapaces de aceptar y elaborar la comunicación del infante, dejándole solo con sus sensaciones y percepciones, lo que se convierte en una experiencia psíquica insoportable, abrumadora, que no puede mentalizarse adecuadamente y que cuando es revivida en la situación terapéutica invade al paciente y le lleva a actuar lo no metabolizado,

experimentando su self como odiado y atacado (Bateman y Fonagy, 2005). Si la madre puede reflexionar y comunicar apropiadamente al bebé su experiencia, éste puede internalizar no sólo la comprensión de esa experiencia, sino también la reflexión de la madre sobre ella, fomentando en el infante una conciencia normal y un interés en el funcionamiento mental propio y en el de los otros. Estos procesos favorecen el desarrollo de un funcionamiento integrador y autorreflexivo del yo que fortalece las capacidades de simbolización y de contención de la experiencia emocional. Esta sería entonces la función a realizar por parte del terapeuta con el paciente en estos momentos de tormenta afectiva.

Estas “tormentas afectivas” deben preverse desde el principio de la psicoterapia a través del mantenimiento de un encuadre y límites claros, firmes y estables, lo que implica un lugar y tiempo estables para que se desarrolle la relación terapéutica, así como los límites de tolerancia y respeto que señalan al paciente lo que está permitido, así como las prohibiciones con respecto a cualquier conducta destructiva tanto para con el terapeuta como para el espacio y el mismo paciente, quien debe comprender que una de las condiciones del tratamiento es la prohibición del contacto físico entre él y el terapeuta (Kernberg, 2003). Un encuadre que pueda recrear metafóricamente hablando, el sostén y la capacidad de contención materna, un marco confiable, estable y predecible con las óptimas condiciones para que el paciente pueda realizar la regresión necesaria y así revivir la situación traumática primaria y ponerla en escena, con las condiciones necesarias de seguridad para ambos: terapeuta y paciente.

Las tormentas afectivas ponen especialmente a prueba la tolerancia del terapeuta a la contratransferencia, por lo que es indispensable que éste mantenga su mente abierta a la exploración de los sentimientos suscitados por la conducta del paciente, para protegerse así contra la exteriorización de los mismos. El terapeuta debe estar muy atento para mantenerse en su papel, incluso cuando responda con la intensidad correspondiente a la intensidad del afecto del paciente (Kernberg, 2003); esto nos lleva a considerar que no hay nada que contribuya más a acentuar estas tormentas afectivas que un terapeuta inexpresivo, indiferente o con una voz acentuadamente suave, lo que le sugiere al paciente que no “entiende” sus afectos, o que su pérdida de control es desdeñada o disminuida, o que está tan aterrorizado y paralizado por la intensidad de los sentimientos del paciente que no puede contestar ni verbal ni afectivamente. Otro aspecto importante a considerar por parte del terapeuta es su voluntad y capacidad de establecer y reconocer un contacto afectivo intenso con el paciente y a pesar de esto contener las respuestas emocionales del mismo. (Kernberg, 2003); la neutralidad técnica puede ser perfectamente compatible con una intensidad en la expresión del afecto que señale la disponibilidad del terapeuta, su receptividad y supervivencia sin contaminarse del odio del paciente. Sólo desde esta posición, el terapeuta es capaz de analizar y representarse, desde la relación transferencia-contratransferencia, las relaciones objetales primarias que provocan estas intensas identificaciones proyectivas que culminan en una tormenta afectiva.

Cuando el paciente se encuentra en el punto cumbre de estas tormentas afectivas, es necesario en ocasiones esperar a que se

tranquilice para poder realizar algún comentario o interpretación. Puede ser útil incluso preguntar directa y simplemente al paciente si puede tolerar un comentario nuestro en ese momento, por ejemplo: “tengo algo en mente, pero dudo si exponérselo o no ahora, porque no se si pueda reaccionar a ello con un enfado tan vehemente como para impedir la comprensión de lo que estoy intentando decirle”. Si el paciente contesta con ira que no diga nada, lo mejor es entonces permanecer en silencio por el momento e interpretar sólo más adelante cuáles podrían ser las razones para su intolerancia a cualquier comunicación por parte del terapeuta.

Por otra parte, si el terapeuta se siente controlado por la contratransferencia, lo mejor es esperar y guardar silencio hasta que pueda elaborar internamente sus sentimientos antes de intervenir. También es importante que el terapeuta intervenga hasta que se siente completamente seguro y tranquilo, puesto que tener miedo del paciente es un poderoso mensaje que sólo aumenta el miedo en el paciente, quien responderá con una mayor ira como defensa no ante el terapeuta sino ante su propio agresión.

Bolla (citado en Berkowitz, 1999) considera que el analista puede pasar por encima del trauma experimentando una sensación de quedarse en blanco, que le impide poder pensar. Este quedarse en blanco puede ser tanto la respuestas del paciente a su experiencia traumática, como la contratransferencia del analista al ser expuesto a la experiencia traumática y al estado disociado del paciente. Cuando estas tormentas afectivas son muy intensas, pueden desbordarse del interior de la sesión a la vida externa del paciente, lo que puede poner en

peligro tanto los aspectos de vida real en que incidan (trabajo, familia, matrimonio, etc.), así como el tratamiento mismo. Estas situaciones pueden prevenirse respetando y manteniendo el encuadre y los límites claros del tratamiento, así como analizando e interpretando sistemáticamente la actuación transferencial.

Bateman y Fonagy (2005) en su obra Psicoterapia para el trastorno límite de la personalidad proponen varias alternativas para trabajar con estos pacientes, focalizando el trabajo en los procesos de mentalización, trabajo que está basado en el hecho de que presentan un modo de pensamiento en donde las ideas no forman un puente; esto es, hay escisión entre una idea y otra idea. Entre estas alternativas se encuentran:

- Explorar la relación paciente-terapeuta en el aquí y el ahora.
- Focalizar la transferencia: “qué está pasando aquí y ahora entre tú y yo”.
- Clarificar constantemente los objetivos.
- Realizar las aclaraciones sobre la neutralidad con mucho cuidado e incluso ternura.
- Hablar de las historias de apego, identificando las dificultades comunes en las relaciones.
- Reconstruir un relato detallado de aquellas interacciones interpersonales importantes actuales, en las cuales el apego de las relaciones interpersonales se activó.
- Identificar la comunicación ambigua e indirecta, atendiendo, delimitando y clarificando las premisas falsas.
- Estar alerta a las experiencias subjetivas que pueden indicarnos discontinuidades en la estructura del self.

- No utilizar metáforas.
- Con estos pacientes no hay asociaciones libres, se parte de la primera frase o contenido y desde ahí hacer un trabajo activo. No trabajamos estos niveles de asociación.
- Dar perspectivas alternas: “yo veo eso como un modo de controlarte a ti mismo más que el buscar atacarme a mi (explicación desde el paciente). ¿podrías pensar sobre eso un momento?. Si estoy equivocado por favor corrígeme”.
- Poner nombre al sentimiento, e incluso al pensamiento.
- Describir el proceso de pensamiento que el terapeuta tuvo, “yo pensé en mi mente . . . “. Solamente así el paciente puede tomar esta representación y asimilarla, así como elaborarla.
- Reflexionar desde la contratransferencia sobre uno mismo para instrumentarla: “El me ve así, el me siente así, a lo mejor sí estoy muy enojada con el, a lo mejor no es tan peligroso decir que estoy enojada con el”, etc.
- Detener el proceso en caso de que el paciente niegue lo que se le da; hay que detener el proceso para ver dónde quedó una marca no entendida, o regresar al momento que no pudo pensarse.
- Monitorear los propios errores.

Sin embargo, a pesar de conocer todas estas indicaciones y cuidados técnicos, cuando se presentan tormentas afectivas severas, el terapeuta vive una serie de riesgos y peligros reales y fantaseados que le llevan a experimentar una variedad de emociones y temores que tiene que enfrentar y superar desde su análisis personal, la supervisión y la capacitación continua, lo que permitirá capacitarnos mejor en el trabajo con estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATEMAN, Anthony W. y Peter Fonagy. (2005). *Psicoterapia para el trastorno límite de la personalidad. Tratamiento basado en la mentalización*. México: Editorial Universitaria – Universidad de Guadalajara.
- BERKOWITZ, Ruth. (1999). El potencial para el trauma en la transferencia y en la contratransferencia. Karnac Books. Londres, 1999. Traducción Pilar Díez Jiménez et al. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista de Psicoanálisis. Noviembre 2000 – No. 6*. <http://www.aperturas.org> Consultado el 15 de septiembre de 2007.
- BION, W. (1985). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Hormé.
- BLEICHMAR, Hugo. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona, España: Ed. Paidós.
- FONAGY, Peter. (1999). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas, Revista de Psicoanálisis. Abril 2000 - No. 4* (Trabajo presentado en el “Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo”, reunión de la Asociación Psicoanalítica Americana, Washington DC, 13 de mayo de 1999). <http://www.aperturas.org> Consultado el 15 de septiembre de 2007.
- GREEN, André. (1986). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu.
- KERNBERG, Otto F. (2003). La gestión de las tormentas afectivas en la psicoterapia psicoanalítica de los pacientes borderline. Traducción de Marta González Baz. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista de Psicoanálisis. Noviembre 2003 – No. 15*. (Trabajo publicado originariamente en el Journal of American Psychoanalytic Association. No. 51 (2), pp 517-545. 2003). <http://www.aperturas.org> Consultado el 15 de septiembre de 2007.
- KLEIN, Melanie. (1946). *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós-Hormé.