

LA CLÍNICA INTERSUBJETIVA: COMPROMISO CON EL SUFRIMIENTOⁱ**Juan Domingo Martín Fernándezⁱⁱ**

Ha sido extraordinaria la experiencia de asistir a un seminario impartido por la Dra. Donna M. Orange, filósofa y psicóloga psicoanalista de Nueva York, una mujer de probada sensibilidad en la clínica y en la maestría, elegante elocuencia en su modo de escribir y de tratar verbalmente con ideas a veces tan etéreas como la hermenéutica y la ética, y otras demasiado presentes y asfixiantes para cualquier profesional como es el sufrimiento del paciente. Esta mujer es, en suma, una gran especialista de las humanidades con una formación personal, profesional y clínica de extenso recorrido e interesante trayectoria, pues partió de una posición vital y personal inclinada a la filosofía y a la metafísica, a la “búsqueda de la verdad” -y, según intuyo, también desde una sensibilidad religiosa cristiana-, como ella misma lo explica en el relato (2010) que conecta su psicobiografía con la argumentación de por qué se decantó profesionalmente por la Teoría de los Sistemas Intersubjetivos. La teoría como tal ya la hemos tratado ampliamente en los comentarios del curso pasado relativos a la sesión impartida por Bob Stolorow, y durante la lectura anual de la obra conjunta del grupo del Psicoanálisis Intersubjetivo, el ya célebre *Trabajando intersubjetivamente. Contextualismo en la práctica psicoanalítica*, traducido y editado en España gracias a Ágora Relacional.

El encuentro en vivo con Donna Orange ha sido tan especial, en lo humano, en lo teórico y en lo profesional, como ha sido el acercarnos a los retazos de la autobiografía que la autora ofrece en el texto antes mencionado, y que le sirven de criterio suficiente para justificar su opción personal por el Psicoanálisis Intersubjetivo. Nos parece muy positivo y estimulante encontrar una persona que defiende una posición teórica y práctica no desde el bagaje de los datos empíricos, o la fuente de los autores, o los criterios de validación y eficacia “científica” demostrada de determinados métodos y sistemas, sino desde su propia opción vital, su preferencia subjetiva y singular por una de las muchas caras del prisma humano, y lo dice abiertamente sin tener que recurrir a sofismas política o académicamente correctos, a cifras ni cualidades. Orange explica que siempre le ha parecido lógico y natural que el psiquismo sea un producto emergente, creativo, del contexto de desarrollo de los individuos, de los sistemas que compartimos con otros sujetos y que por eso mismo nos hacen configurarnos intersubjetivamente (primero bebé + madre, luego sistemas familiares, más tarde comunitarios y culturales, finalmente analíticos). E, igualmente, la teoría del desarrollo evolutivo de la personalidad se acompaña de una teoría paralela de la patogénesis mental.

Para ella, como para los psicoanalistas y para mí también, en toda teoría es necesario acompañar la racionalidad y sistematicidad de las ideas y las argumentaciones, con un punto saludable y abundante de intuición e imaginación, de subjetividad del autor

en la obra que va creando durante toda su trayectoria vital. No creemos en la ciencia aséptica, objetiva, indiferente a las coordenadas biográficas de sus promotores; alojamos en nuestra mente un halo de romanticismo, podemos llamarlo así, de idealismo y singularidad que no se puede medir, encuadrar, sistematizar apropiadamente dentro de la mente cartesiana (otra de sus grandes y habituales críticas, dentro del grupo de Stolorow y la filosofía postmoderna, y por tanto postcartesiana y postfreudiana). No sólo hay esquemas y cogniciones supuestamente racionales y evidentes; también hay afectos descontrolados, desordenados, inciertos, y un margen de misterio, libertad, incertidumbre... que ha de existir cuando nos estamos ocupando de la mente humana, de la vida humana real y subjetiva, no sólo de objetos científicos, variables físicas y probetas. El psicoanálisis y la filosofía postmoderna hablan del inconsciente, de la hermenéutica, de la psicoterapia, de tantas variables confusas, abiertas, arbitrarias... donde sin embargo nos va la vida, la experiencia más íntima y la misma salud mental.

Sorprende además, en la propia biografía de Orange, su humildad, que ella califica de “falibilismo”: nueva palabra para nosotros que viene a significar que, en todo momento y lugar, hemos de despojarnos en lo posible de nuestro narcisismo epistemofílico y considerar constantemente que somos limitados, que nos podemos estar equivocando, que no somos poseedores de la verdad ni hemos de cerrarnos a ninguna posibilidad de aprendizaje, evolución y cambio de lo que ahora estamos pensando y defendiendo. Lo que yo llamaría más bien “posibilismo”, porque elegimos una entre varias posibilidades veraces, y sin embargo es la opción preferida por nosotros en este momento, por los motivos teóricos, clínicos, ideológicos y también personales-subjetivos que sean, pero que en nuestro fuero mental asumimos que no deja de ser una posibilidad, una hipótesis teórica que si se convierte en ley es porque forzamos la interpretación y sometemos el sistema a nuestra voluntad.

En efecto, Orange expone sus ideas desde la posición de la falsación, del falibilismo, del abordaje teórico con un margen de error amplio. No es el método estadístico al uso de la ciencia que se arroga la facultad de medir una probabilidad de error. Se trata de una posición subjetiva, metafísica, lógica, ideológica también, pero que funciona en un campo de distintas fuerzas e influencias, de variaciones y evoluciones múltiples, que componen el espacio intersubjetivo. La elección de este paradigma, fruto del psicoanálisis y sin embargo abierto a toda la clínica y la filosofía contemporáneas, explica la autora que se produce por la conjunción personal y teórica de tres campos, que ella juzga como significativos y razonables: la fenomenología de la experiencia personal -suponemos que suya, de sus colegas y pacientes, y por analogía de toda persona singular-, el contextualismo relacional profundo que permite dar cuenta sustantiva del desarrollo evolutivo psicológico y psicopatológico, y la resistencia formal e ideológica de la teoría contra toda forma de reduccionismo y clasificación.

Las tres coordenadas de Orange las podemos hacer nuestras, y de todo el pensamiento relacional, porque en realidad van más allá de la Teoría de los Sistemas Intersubjetivos. La crítica filosófica, psicoanalítica o científica -pues en ciertos puntos estos tres caminos pueden converger- dirigida al idealismo de la intersubjetividad, a la ambigüedad y ambivalencia con respecto a los aspectos más concretos a discriminar y aplicar, se salva con el bonito aforismo que la autora (2010) recoge de tantos antecesores: “no hay nada más práctico que una buena teoría”. Cuando el pensamiento está bien

asentado, los criterios generales de la teoría y, digamos, la “infraestructura” del hacer del sujeto se encuentran bien orientados por los principios constituyentes -u organizadores, o éticos-, la mirada del clínico se dirige al sujeto/objeto apropiados, la atención flota y sin embargo se centra en lo que debe, el afecto se canaliza donde falta y debe encontrarse: el trato humano espontáneo, emotivo, humano... consigue llegar al otro, a la auténtica cura y tratamiento, y de vuelta alimenta a la propia persona del terapeuta, a la propia teoría experiencial y sistemática, descubre el fenómeno empírico o científico que necesitaba para dar significado al método, a la obra y el pensamiento.

En definitiva, en la teoría de Orange se aúna la búsqueda de la verdad, objeto preferido del filósofo desde siempre -de todo sujeto humano, a decir de Aristóteles, cuyo primer y mayor deseo desde bebé es siempre el deseo de saber-, con la clínica del sentimiento humano y la relación afectiva y social, porque otra cosa que la autora explica es que “la búsqueda de la verdad es un proyecto inherentemente comunitario”, es decir, no se consigue en solitario, en solipsismos y narcisismos falaces, sino en contacto con la realidad del hombre, del otro, con el sujeto en su mismidad y singularidad, y al mismo tiempo en su contexto y comunidad, y con la cercanía de la salud y el *pathos* del hombre, que es la esencia de la psicología, no otra cosa que el drama humano.

El fondo -o la forma, no sé bien, seguramente ambas cosas- de un buen sistema, sea una teoría, una clínica, una praxis, una profesión, una investigación... es la sensibilidad que conforma al sujeto que trata, que se mueve para conseguir un determinado objetivo. Esta sensibilidad es la ética del clínico, la manera de obrar con el paciente, de ser y relacionarse con el otro, para saber qué se busca, se quiere encontrar, qué sirve y qué distrae y equivoca. Es la conjunción del campo de la psicología, con las humanidades y la filosofía, y es el campo preferente de estudio y actuación de Donna Orange, y antes que ella del psicoanálisis desde su misma fundación.

Con una diferencia, que la autora ha insistido machaconamente, en sus artículos (2010, 2011, 2012), en las ponencias del seminario con nosotros, en los referentes que encuentra y ayuda a difundir...: la ética del psicoanálisis ha de mudar, desde la sospecha pesimista, suspicaz, inquisidora freudiana -y kleiniana, y lacaniana, y de todo el psicoanálisis tal como se conoce a sí mismo-, a una ética diferente, más humanista y confiable, yo incluso añadiría que más clásica y judeocristiana. Orange, citando a Ricoeur y también a Gadamer, habla de la hermenéutica del clínico, que es el método para hallar significados relevantes y concretos en un material amplio y difuso; opone la “hermenéutica de la sospecha”, propia de la Segunda Ilustración, el Materialismo, Existencialismo y Romanticismo (Marx, Nietzsche, Freud...), con una nueva hermenéutica que el filósofo francés llamó acertadamente “de la gracia” (de la gratuidad, de la fe entregada al otro), y que para evitar connotaciones teológicas Orange prefiere denominar “hermenéutica de la confianza”.

La máxima será: ante la duda, confiar en el otro, en su mensaje, en sus recursos, en sus derechos, en sus elecciones, en su verdad. No sospechar que siempre subyacen motivos y pulsiones egoístas, narcisistas, incestuosas, agresivas y miserables en cualquiera de nuestras elecciones y satisfacciones, de modo que somos responsables y herederos de nuestra miseria y de la fatalidad trágica de la existencia humana, que se reduce todo a mentira y ficción de vida ante la nada y la verdad de la muerte y el sinsentido. NO: hay una verdad que no se puede probar, pero que hay que creer en ella -tanto me recuerda esto a

Badaracco, primer psicoanalista al que yo le oí estas formulaciones, aunque ahora sepa que no eran originales suyas, pero él sí las personificaba- para que el resultado de la terapia, del trato con el sufriente y el acomplejado, sea distinto y mejor a lo que el sistema, la teoría y la naturaleza esperan de él, que no es otra cosa que la conformidad y el *savoir-faire* con el síntoma.

Ésta es la verdad que se encuentra cuando uno se acerca sin pertrechos ni parapetos al sufrimiento humano, cuando uno se compromete con el otro despojándose de su escudo y la protección que le otorga la técnica al especialista: más allá de la miseria objetiva, del dolor y la rabia justificadas por la desgracia y la fatalidad de un sino calamitoso, o de una pulsión salvaje y compulsiva que aparentemente no se compone de otra cosa que de angustias, más allá del trauma que constituye la patogénesis del drama, existe un significado, una posibilidad falible, un supuesto vital y principio ético, una pizca de verdad que alumbra una esperanza, un camino a mejor y adelante, una relación auténtica, confiable, firme con un otro que sufre conmigo, con el clínico que me ayuda en lo hondo de mi alma cuando creía que no había más que desolación y nada.

El sentido de la vida, del afrontamiento del drama, el sufrimiento y el trauma, está en el contacto con la parte sentida, sensible, tierna de los demás, de los familiares, amigos... y del terapeuta que expone esa intimidad propia, suya, reservada, para ayudar como puede al otro que ve sufriendo, y que quiere acompañar a una mejoría clínica, psíquica y espiritual, a un estado de estabilidad y confianza, de ánimo y voluntad para conectar de nuevo con la ficción/realidad que es la parte alegre, satisfactoria y gloriosa de la vida. La posibilidad existe, pero implica mucho para el clínico, desde luego mucho más que juzgar como miserable, desgraciado, culpable y cuitado al paciente, neurótico o psicótico entregado a la defensa individual y solitaria contra el monstruo de su inconsciente pulsional.

Ya conocemos y hemos comentado en otras ocasiones los fundamentos y teorizaciones que aporta el Psicoanálisis Intersubjetivo (Stolorow, Orange & Atwood, 2012), que se formula como una alternativa paradigmática a la teoría y clínica freudiana, y a toda la filosofía moderna cartesiana, para pensar la mente más allá de las categorías limitadas y estancadas de sujeto/objeto, cognición/afecto o los entes e instancias psíquicas o neuropsíquicas. La comparativa entre la formulación del mismo caso por la teoría ortodoxa edípica y la nueva intersubjetiva ya la habíamos leído, a propósito del caso de la joven Ana de Budapest, que relata el artículo anterior. El trabajo analítico se va a desarrollar ahora bidireccionalmente a través del método denominado “empático-introspectivo”.

También habíamos conocido la relectura idealista del fenómeno clínico de la resistencia, de las reacciones terapéuticas negativas -un modo de *enactments*- que tantas veces arruinan los tratamientos o inducen a los terapeutas a actuar con maniobras estratégicas agresivas que acarrearán yatrogenia. Las ideas y ejemplos originales de Bernard Brandchaft, figura de especial afecto y relevancia para Donna Orange, tienen aquí su mención especial y gratitud, pues nada resume mejor la hermenéutica de la confianza y la apuesta incondicional por el paciente como su aforismo de que “la resistencia es la actitud de los héroes frente a la opresión”: la resistencia no es una reacción caracterial o inconsciente cobarde y algo a eliminar, sino que es la propia naturaleza saludable del paciente la que se defiende contra las intromisiones indignas, inapropiadas y faltas de ética

del analista en la intimidad e identidad del analizado.

Orange (2011) califica la obra de Brandchaft nada menos que de “psicoanálisis emancipatorio”, porque traza las razones teóricas y clínicas para que el tándem paciente y terapeuta se salte las propias normas del análisis y del método para construir entre ambos una nueva realidad, emancipada de los referentes previos y de los corsés ajenos, para encontrar entre ambos los nuevos significados que dan respuesta a los interrogantes del sistema intersubjetivo, y aportan criterios de salud mental y mejoría clínica en la singularidad de cada uno, en el afrontamiento del sufrimiento propio y el común, sin atenerse a requisitos previos analíticos, aunque teniéndolos como referencia y punto de partida, sin límites a priori. De esto también recuerdo que trataba uno de los capítulos de *Trabajando intersubjetivamente*, cuando caracterizaba la práctica analítica más de arte y trato con el ser humano que inventa cosas nuevas -se emancipa de las coordenadas de otros-, que de técnica y método para llegar a un punto definido por el sistema o la experiencia clínica de los maestros.

Lo que es nuevo para nosotros en esta sesión, y que ha aportado desde diferentes perspectivas y referentes Orange, es el concepto de la “hospitalidad clínica”, que sustenta y hace praxis el constructo más teórico y vago de la hermenéutica de la confianza de Gadamer. Los encabezamientos de las tres ponencias que Donna nos ha impartido en la sesión son significativos: *Hospitalidad clínica: acogiendo el rostro del otro devastado; La respuesta al otro: enactment evolutivo como un concepto puente entre la Psicología del Self y el Psicoanálisis Relacional; y El extraño que sufre: actitudes para la comprensión y la respuesta clínica cotidiana.*

Todo gira en torno a justificar, en la teoría psicoanalítica y especialmente en la clínica con los pacientes traumatizados, la razón de la hermenéutica de la confianza y la hospitalidad del extraño, del rostro devastado, angustiado, traumatizado del otro. Y para ello Orange (2012) recurre a la ética y pensamiento de los tres filósofos franceses, humanistas y espirituales, del s.XX: Ricoeur, Derrida y, muy especialmente, Levinas, que es el más radical y abnegado de la causa al respecto.

Frente a la sospecha psicoanalítica prescrita e inculcada por Freud, es necesario atemperar un grado de duda, de sospecha respecto a la *verdad* consciente aportada por el paciente, con la confianza plena del analista en el *self* verdadero, bueno, sano, responsable y justo del sujeto que está sufriendo. No son incompatibles ambas perspectivas, sino que hay que saber compatibilizarlas, y mentalizarnos los analistas de la nueva referencia del falibilismo, o posibilismo, que consiste en no creernos en ningún momento los poseedores del correcto *insight* del material analítico, ni los descubridores de la razón oculta inconsciente de las conductas y síntomas del sujeto. En definitiva, que realmente no nos creamos analistas de nada, ni siquiera hermeneutas o codificadores del mensaje encriptado del paciente, sino meros secretarios, escribanos, acompañantes de un sujeto en proceso de análisis y autodescubrimiento, que es falible en sí y por sí mismo, y que el sistema intersubjetivo creado entre los dos es también falible y voluble, se emancipa de otros y puede hacerlo también de sí mismo en múltiples direcciones nunca bien conocidas ni predichas.

Partiendo de esta humildad, de esta relativa simetría con el paciente (contraria a la gran asimetría estipulada por Freud, del analista como médico, interpretador y modelo para el paciente, como la autoridad legítima y sapiente de la pareja analítica), nos

adentramos en la construcción del campo intersubjetivo del análisis, una invención que será ante todo espontánea, abierta, incierta, inconsciente -y también consciente, pues la diferencia entre ambas es ambigua, confusa, oscilante y poco relevante para la Teoría de los Sistemas Intersubjetivos-, una cosa co-creada y a la vez recibida, que transformará interna y conjuntamente a ambos sujetos del análisis.

Entonces nos topamos con el sufrimiento del otro, con el drama de aquella existencia, los traumas acumulados, las angustias desgarradoras, los dolores no elaborados y a flor de piel, las defensas precarias e insuficientes que han ido jalonando la historia de la psicopatología del otro. Que confluye también con la nuestra en ese momento, y lo seguirá haciendo en adelante. Y ahí es donde se pone a prueba nuestra sensibilidad, nuestra ética, donde el paciente nos conoce a nosotros, más que le conocemos nosotros a él, donde nos pone a prueba y hemos de salir airosos para poder profundizar en el análisis, a riesgo de perder al paciente, retraumatizarlo inapropiadamente (pues sabemos, por Ferenczi, que todo buceo en el pasado de uno es en sí mismo retraumatizador, y es la relación terapéutica paulatina y confiable con el analista lo que va cicatrizando las heridas, que no obstante siempre van a supurar dolor), o convertir la relación analítica en un mero contacto amistoso o profesional estereotipado entre dos sujetos, que se repite a modo de ritual sin resultado efectivo alguno, más allá de un leve apoyo en la distancia, y que conlleva con el tiempo el desengaño y la cronicidad del cuadro.

La respuesta al sufrimiento del otro es la clave, el encuentro cara a cara con la parte dolorosa, penosa, dañina del rostro del otro, más allá de su imagen y sus defensas. Ante esta tesitura, podemos amarrarnos como terapeutas a la técnica y defendernos de múltiples modos: el *setting*, la hora, la directividad, la elección del material a tratar y analizar, la abstinencia y la neutralidad, la privacidad del analista y sus defensas caracteriales o relacionales... Todo ello está justificado para evitar sufrir nosotros en demasía con el paciente, creyendo que este sufrimiento no servirá para nada, será inútil, perjudicará el tratamiento de los pacientes siguientes, o la estabilidad de nuestras relaciones privadas con la familia, los amigos... Lo que sea, con tal de aislar de nuestra vida el dolor, el trauma que aporta la otra persona que nos pide ayuda. Hay muchas maneras de lavarnos las manos y racionalizar nuestra actitud y la ética profesional. En el ejemplo traído por Orange (2012), que toma de Levinas, ante el paciente sólo estaríamos dispuestos a abrir algún toldo de nuestra tienda, pero no todos: invitamos a pasar al paciente a nuestro vestíbulo, pero no a la cocina y menos al dormitorio. La hospitalidad es limitada y controlada por nuestra parte, no sea que nos vaya a doler.

Esto puede ser suficiente con algunos pacientes, con los leves o los bien formados, con los que no han sufrido demasiado o tienen un entorno y una constitución estable y beneficiosa... pero ante el sufrimiento humano, ante el trauma *de verdad* no suele haber tantas facilidades. Incluso el trauma más dañino es aquel que se cree inverosímil, imposible, que el terapeuta no lo acepta porque le toca en su propia sensibilidad, en su historia personal o profesional, o de alguna manera no admite implicarse más y proyecta la miseria y falsedad sobre el paciente, y por tanto lo retraumatiza. O tantos otros casos cuya gravedad, cronicidad, ramificaciones, densidad... de los sucesos traumáticos o las defensas molestas sugieren etiquetar al sujeto de neurótico grave -o psicótico, o trastorno de personalidad-, y en consecuencia llevar una relación terapéutica con él superficial, conformista, muy actual, adaptativa y meramente de apoyo sin querer tocar abusos y

heridas pasadas que salpican por todas partes.

Ésta es la actitud profesional de gran parte de nuestro mundo, por supuesto no sólo del psicoanalítico. Reveladoras son las palabras citadas por Orange (2012) de las primeras experiencias clínicas de Lachmann: “Me dije a mí mismo: “o sea, de esto trata el psicoanálisis”. Se busca por debajo o por detrás de las acciones de una persona para descubrir su motivación “real”. Las conductas que parecen corteses, generosas o, incluso quizá, una expresión de gratitud y aprecio, en realidad ocultan motivaciones inconscientes más bajas, agresivas y narcisistas”. Efectivamente, así es, pero lo es especialmente en lo que toca a las conductas (interpretaciones, señalamientos, comunicaciones, *insights*) que el analista le dirige al paciente, y que piensa que para el otro deberían ser terapéuticos y verdaderos, mas realmente lo que muestran en primer plano es la defensa del *self* vulnerable de analista ante el sufrimiento expuesto, por testimonios o de manera meramente contratransferencial, por la otra persona. El psicoanálisis siempre se ha defendido del sufrimiento del otro recurriendo a la ética existencialista de la miseria, de la sospecha, de la culpa del otro y el poco sentido de la existencia.

Pero esto, o tantas veces no sirve clínicamente para nada en los pacientes graves, traumatizados o simplemente marginados de la teoría y la práctica psicoanalíticas -sin caer en la antipsiquiatría, qué decir de las expectativas del psicoanalista respecto a sus pacientes histéricos, límites, obsesivos, melancólicos...-, o supone la falsificación de la auténtica ética humanista e hipocrática de las personas llamadas por vocación a la psicoterapia. La ética, sustento del psicoanálisis, ha de ser revisada, y a ello se entrega Donna Orange, tomando como referente a Levinas.

La ética de Levinas, a mi modo de ver y por lo que leo y escucho de él, viene a ser la ética laica de la doctrina cristiana de toda la vida -o judeocristiana, pero su carácter universalista y radical parecen encuadrar perfectamente en el Evangelio-, pero desprovista de referencias teológicas o escatológicas por lo que explica Orange -o, mejor dicho, por lo que elude-. Efectivamente, no hay Dios ni nada sobrenatural por ninguna parte, no hay Espíritu Santo que alimente la virtud individual desde fuera, desde la *gracia*; no hay Amor de Dios que se derrame infinitamente en los corazones de los hombres para que el hombre pueda consecutivamente amar incondicionalmente a su prójimo.

Levinas formula una ética radical, ideal, perfecta, pero solamente humana, immanente, mortal. Aquí es donde puede achacarse la ingenuidad, o idealización, de semejantes especulaciones, aunque como fuente de moral y de derecho, como Ideal del Yo, sea más que necesaria y sobresaliente. La ética de Levinas consiste en la responsabilidad infinita de cada sujeto con el otro, en la frase de un rabino: “las necesidades materiales de mi vecino son mis necesidades espirituales”; en palabras de Levinas: “yo pierdo el sentido de lo mío ante el rostro del otro”. Más que anfitriones hospitalarios del otro sufriente, nos convertimos en rehenes del otro, en esclavos suyos para su beneficio material y espiritual. El radicalismo asombra: hay que poner la otra mejilla sea cual sea la voluntad del otro, sufriente o no.

En consecuencia, y llevado al terreno del análisis, la ética de Levinas recoge la disponibilidad winnicottiana del terapeuta de ser utilizado, manipulado y estropeado por el paciente en el juego que constituye el análisis, para sobrevivir y servir de modelo y acompañante confiable del paciente. Pero va más allá, pues supone una invulnerabilidad en el sujeto ético, que será capaz de dejarse hacer por el paciente sin límites, y así con los

demás pacientes, en un sacrificio propiciatorio de la curación y conversión “espiritual” del paciente a esta nueva ética humanista. La tienda del analista ha de ser abierta por todos lados para acoger a todo paciente, todo síntoma, toda realidad que se le presente al analista, recordando la actitud sumisa, confiada y abnegada de Abraham con Dios y con sus mensajeros.

Sólo admite Levinas, al parecer, una limitación en su ética cuando en la relación la dualidad anterior se abre a una multiplicidad de personas: entre dos, mi obligación es infinita con el otro, pero cuando somos tres, ya es legítimo que aparezcan los límites, acuerdos y leyes. Será Derrida, filósofo amigo y compatriota de Levinas -y, en cierto modo, su continuador y contemporizador- quien confiese la idealidad de la ética de este último y la dosis de realismo práctico y postmoderno que es necesario aplicar a la norma para hacerla viable en el mundo de los humanos. Orange (2012) critica esta contemporización como “ambigüedad de la hospitalidad”, y sin embargo a mí me parece una ética más correcta y cercana, más armónica y realizable, en definitiva, más madura y realista porque entiende también la naturaleza material, animal, morbosa del ser humano, y no sólo su potencial espiritual y abnegado -dentro de la inmanencia, que ya anotamos que puede ser contradictorio o al menos frágil-.

De hecho, los ejemplos traídos por la autora de la historia del psicoanálisis que ilustran una ética humanista no freudiana (algunos ya conocidos por nosotros a lo largo de este máster), a mi modo de ver encajarían más en la ética de la confianza franca y realista de Derrida, que en la radical de Levinas: Ferenczi y su sensibilidad hacia el trauma, la confianza en el testimonio del paciente y la tolerancia hacia el análisis bidireccional dentro de la pareja analítica (y su posterior desengaño); Suttie y la exposición del “tabú de la ternura” en el psicoanálisis; Frieda Fromm-Reichmann y su idea para-espiritual de que “redimir a una persona es redimir al mundo” (lo cual me recuerda una de las escenas finales de esa maravilla de película que es *La lista de Schindler*, cuando, tras la liberación de los judíos, Oskar Schindler sufre una crisis de angustia obsesiva pensando en todo el dinero que, antes y durante su conversión, derrochó en juergas y vicios, o en otras cosas perentorias, y que podría haber servido para salvar -realmente *para comprar*- más vidas, y siente una culpa terrible, y entonces los judíos le regalan un anillo de oro, que habían sacado del diente de uno de ellos que por casualidad no había sido detectado por los nazis, y donde habían grabado la siguiente cita del Talmud: “quien salva una vida, salva al mundo entero”); también Winnicott y su disponibilidad para jugar con el paciente sin reglas preestablecidas y dejarse hacer con él, confiando en el afloramiento de su *verdadero self*...

A este respecto, una de las claves del pensamiento de Orange, y de la transferencia de las éticas filosóficas de estos autores al contexto analítico, es la interpretación y operativización del fenómeno clínico que en el Psicoanálisis Relacional se denomina *enactments*, y que es uno de esos conceptos que cada vez está cobrando más auge, más atención y literatura, y más poder explicativo y referencia teórica, y en cierto modo corre riesgo de banalizarse si se utiliza para explicar o remediar cualquier apuro de la práctica o de la teoría. La verdad es que no me queda claro que es un *enactment* o qué no lo es, más allá del concepto ambiguo de esos momentos de una sesión clínica en que se produce un salto del lenguaje, algún tipo de actuación de un afecto, un gesto, una conducta interactiva, que elude el lenguaje verbal y se manifiesta de un modo más

transferencial/contratransferencial, y que se refiere siempre a la bidireccionalidad de la situación analítica, y por tanto, tiene más significado intersubjetivo que ningún otro elemento verbalizado en ese mismo contexto. En definitiva, es el lenguaje puesto en actos y afectos, y constituye una incitación para la acción y una comunicación pre-verbal. “Los actos hablan y las palabras actúan”: otra clave ya conocida del Psicoanálisis Intersubjetivo (Orange, 2012, cita de Mc Laughlin).

El *enactment* digamos que es lo más auténtico de la realidad en el análisis, del estado de la relación entre paciente y analista, lo que se está creando entre los dos y no pertenece a ningún sujeto aislado, sino que es el fruto actual -porque creo que el *enactment* hace referencia directa al aquí y ahora, aunque también proceda del pasado del paciente, pero se debe leer desde la relación terapéutica actual-, espontáneo y vivo de lo que paciente y analista están vivenciando, lo que cada uno siente que es para el otro y que se retroalimenta entre los dos. Quizás sea como la armonía y la unidad de síntesis -conceptual y práctica- entre la transferencia que va en una dirección y la contratransferencia que va en el sentido contrario, en un momento dado.

El *enactment* es, por tanto, un fenómeno que informa del curso y resultado provisional de la psicoterapia, y que puede indicar tanto reacciones terapéuticas negativas, peligrosas para el desarrollo del análisis y que paciente y analista deben gestionar para corregir entre los dos, como un dato positivo y animador de la confianza que se va afianzando entre los dos, la empatía y sintonía mutua y la expectativa de buenos resultados en el contexto de la terapia, y en la aplicación a la vida relacional y contextual del paciente en su entorno de procedencia.

El *enactment* va más allá del *acting in* o *acting out* clásicos de la terapia psicoanalítica, que eran traducidos a términos pulsionales y autolíticos, o bien agresivos contra el analista y su rol de autoridad poderosa y experta (recordemos en cambio la “actitud de los héroes” de Brandchaft, cómo se entiende positivamente la resistencia del paciente hacia el análisis). El *enactment*, como la contratransferencia, son tratados en el Psicoanálisis Relacional desde dentro, no desde fuera: no consiste en hablar sobre contratransferencia o sobre *enactments*, sino desde la contratransferencia y desde el *enactment*, cuando estamos dentro de ellos y los sentimos como propios, porque somos la mitad de lo que se está construyendo con el otro, y que no pertenece a ninguno de los dos y a la vez es de ambos.

Del mismo modo, la empatía no consiste en ponernos en el lugar del otro, sino en introyectar al otro en nuestro *self*, para ser uno con el otro, los dos en la misma “tienda” mental, pero no simbiotizados o fusionados: siguen siendo *dos sujetos que trabajan intersubjetivamente*. Yo no salgo de mi *self* para encontrar al otro, sino que recibo al otro en mi *self*, le hospedo el tiempo que él quiera -Levinas diría que me convierto en mi propia casa en rehén de mi huésped, para satisfacerle plenamente en sus necesidades mientras él quiera, sin réplica alguna de mi parte-.

Orange (2012) propone considerar todo el análisis de un paciente, todo el curso de la relación analítica con el terapeuta, como un *enactment* evolutivo; esto es, como un trabajo compartido, conjunto, relacional y pre-verbal (yo diría que más meta-verbal), con momentos disruptivos y otros sintónicos, pero que evoluciona en un sentido favorable, saludable, transformando a cada uno de los miembros intra e intersubjetivamente. Se construye un *enactment* bidireccional entre los dos -lo llama “nuestro *enactment*”-, que es

el que va madurando y atravesando etapas, dentro de una confianza creciente, hasta el logro de las expectativas analíticas de mejoría clínica y relación franca, espontánea, no técnica ni planificada, entre paciente y terapeuta. Los *selves* de ambos se dejan llevar por el contexto y la interacción, por los afectos y la confianza, por los avances y los retrocesos -nunca deja de ser una dialéctica-, en un sentido a la postre saludable y terapéutico.

Ésta es la respuesta que podemos dar a la realidad terrible del sufrimiento humano, y especialmente de los traumas irreversibles y las experiencias castradoras de la vida, y más en las personalidades que, en el devenir de su vida, sólo han podido construir con defensas precarias *selves* frágiles, vulnerables y psicopatológicos (por ejemplo, con el mecanismo de la *acomodación patológica* que formuló Brandchaft, tomando conceptos de muchos autores relacionales y especialmente de Fairbairn, y que Orange reproduce en su artículo de 2011 y al cual recurrió para explicar el caso clínico de Carlos durante la sesión del máster). Mi experiencia clínica, que he tenido la fortuna de reiniciar recientemente en Lorca, así me lo indica, más emocionalmente que de otra forma -en cierto modo, más con *enactments* que con palabras y hechos-: cómo los pacientes que vienen a mi consulta, que ya son bastante mayores, hacen repaso de la vida y de las escenas claves de su trayectoria, y cómo cada uno ha tratado de hacer frente a un sufrimiento subjetivo muchas veces incomprendido por el entorno, por los padres, la pareja, los hijos... y se han replegado sobre sí mismos, padeciendo entonces de impotencia, insuficiencia, inferioridad, aislamiento... y finalmente de soledad, en las etapas maduras de sus vidas. Los que han contado con entorno de acogida, de confianza y más de sensibilidad auténtica que de meros apoyos, han podido subsistir y evolucionar con defensas adaptativas y fuerza de carácter, de lucha y recuperación, pero también al cabo de los años se resienten los esfuerzos y amenaza la depresión, la tristeza, el temor de la derrota definitiva. Y vuelve -nunca se había ido del todo, sino que lo habían apartado mentalmente- el sufrimiento y la desesperanza.

Ante estas estampas de vida -acompañadas en Lorca de estresores climatológicos, sísmicos, económicos, de enfermedades, desahucios, desempleo, enfrentamientos, también de cambios bruscos de especialista por motivos de gestión...-, el tratamiento en la salud mental pública parece que no puede ser ambicioso, porque la agenda de cientos de casos potenciales, la presión asistencial, el *setting*... no permiten -nos decimos a nosotros mismos- un tratamiento analítico más específico, individualizado, *intersubjetivo* que el que podemos dar superficialmente media hora cada cierto tiempo. No da para más, mejor no revolver el trauma y el pasado del paciente si al final de la sesión no podemos remendarlo y recomponerlo; por contra, preferimos optar por la ética del apoyo, la confianza relativa y la adaptación, el discurso mayormente actual durante la sesión, y así con el siguiente. Parece que no es terapéutico profundizar más en la intersubjetividad si la relación analítica no llega tampoco a profundizar previamente, dadas las circunstancias del sistema.

Pero sí que podemos aplicar, en la medida de nuestras posibilidades y de nuestras fuerzas, la ética humanista de la confianza, la hermenéutica de la confianza y la disponibilidad, la hospitalidad clínica de Levinas y Derrida, para que el sufrimiento que tratamos en consulta no sea un mero vistazo psicopatológico y psicobiográfico al paciente, sino que implique algo más, mucho más: una relación franca, creíble, confiable, sentida, una mirada íntima desde la experiencia de uno a la del otro, desde el sufrimiento, esfuerzo y aptitud de uno hacia el sufrimiento, esfuerzo y aptitud del otro, en una clave

bidireccional, constructiva, en una emancipación de los referentes técnicos y teóricos o ideológicos previos de ambos, para crear una oportunidad nueva, posible, falible pero real, de encuentro transformador en el contexto de la psicoterapia, que se irá repitiendo cada vez que periódicamente nos volvamos a ver. Que los *enactments* estén más presentes en la sesión, en nuestra mente, en la del paciente, que desarrollemos juntos un nuevo lenguaje más sensible, más propio, más intersubjetivo de ambos, que meramente referencial y expresivo, que haya más diálogo más allá de las palabras, y más sintonía y esperanza entre los dos.

Y para ello, todos tenemos la cara que en el fondo podemos mostrar para llegar al sufrimiento del otro, y que no es otra que nuestro mismo sufrimiento, nuestra experiencia deficitaria, insuficiente, temerosa, vulnerable, acomplejada ante el mundo, junto con la fuerza de nuestra lucha, el emprendimiento para no conformarnos con nuestro sino, sino cambiarlo a mejor y buscarlo en los demás. Que nuestra ética individual nos impulse a responsabilizarnos de la vida de los otros, de los otros disponibles y accesibles a nosotros, no para satisfacción narcisista de nuestro ego, sino más allá, para satisfacción, narcisista o simplemente existencial, del ego de los demás, que redunde en un circuito intersubjetivo en el que somos origen, parte y resultado, y más aún, esperanza y realización, e incluso me atrevería a confiar que también trascendencia y providencia para el otro y para nosotros mismos.

Si la realidad desbordable del sufrimiento nos puede hacer caer en una ética -llamémosla así- “depresiva” (melancólica, en términos más clásicos y exactos), el esfuerzo por llegar al otro y trascender esta realidad, por aspirar a un cambio para el que se necesitan ambas partes, transmuta esta “depresión” en acción, el drama es razón de ser del movimiento dialéctico y de la lucha para mejorar. Desde la filosofía y desde cualquier corriente psicoanalítica, sabemos que lo que no tenemos, lo buscamos fuera, en los demás, y eso pasa con nuestro deseo de paz, de esperanza, de felicidad y relación. Y, dándole la vuelta a la reflexión existencial, lo que tenemos, es lo que aportamos para entablar una relación de iguales con los otros: nuestra experiencia y sufrimiento, nuestros traumas y luchas, nuestra verdad que aspira a una verdad mejor en contacto con el otro, y más allá.

Como Orange (2012) reconoce, casi aforísticamente: “nuestros recursos provienen, en general, de nuestro pasado traumático”, y en esto no nos diferenciamos esencialmente los terapeutas de los pacientes -aunque las experiencias traumáticas de unos y otros hayan sido enormemente distintas, las pérdidas o los daños-. Termino citando las palabras como Donna (2010) parafrasea a un paciente suyo satisfecho con el tratamiento intersubjetivo: “esto funciona porque usted me trata como una persona, y no como un caso de algo, y porque usted no pretende *saber*, y porque usted no se esconde detrás de su rol profesional conmigo. Usted parece realmente estar conmigo”.

En la sesión del máster, tras la lección magistral de Donna Orange recuerdo la viñeta clínica que aportó Joan Coderch: “si usted como paciente sufre, yo le propongo como analista que deje que suframos juntos”. El analista está dispuesto a sufrir con el paciente, y termina haciéndolo cuando el paciente se lo permite, cuando mutuamente confían uno en el otro. Así el paciente está realmente con nosotros, y nosotros con él, porque le acompañamos, en igualdad y en sintonía meta-verbal, en la verdad de la vida, no sólo en la alegría, sino también en el sufrimiento. Y este sufrimiento se convierte en algo

intersubjetivo, y por tanto en algo nuevo, distinto, emancipado, transformador a todos los niveles.

Lecturas en las que se basa el comentario

- Orange, D. (2010). La teoría de los sistemas intersubjetivos: el viaje de una falibilista. *Revista GPU*, 6 (3): 328-337.
- Orange, D. (2011). “La actitud de los héroes”. Bernard Brandchaft y la hermenéutica de la confianza. *Clínica E Investigación Relacional*, 5 (3): 507-515.
- Orange, D. (2012). *Hospitalidad clínica: acogiendo el rostro del otro devastado*. Incluido en el dossier.
- Orange, D. (2012). *La respuesta al otro. Enactment evolutivo como un concepto puente entre la Psicología del Self y el Psicoanálisis Relacional*. Incluido en el dossier.
- Orange, D. (2012). *El extraño que sufre: actitudes para la comprensión y la respuesta clínica cotidiana*. Incluido en el dossier.
- Stolorow, R.D., Orange, D.M. & Atwood, G.E. (2012). Horizontes del mundo. Una alternativa post-cartesiana al inconsciente freudiano. *Clínica E Investigación Relacional*, 6 (3): 434-451. (Original de 2001).

Cita bibliográfica / Reference citation:

Martín Fernández, J.D. (2013). La clínica intersubjetiva: Compromiso con el sufrimiento. *Clínica e Investigación Relacional*, 7(1): 243-254. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de: www.ceir.org.es]

NOTAS

ⁱ Comentario de las conferencias de Donna M. Orange en Madrid los días 2 y 3 de Noviembre de 2012 en *Ágora Relacional*, y cuyos textos se incluyen en el dossier de este mismo número de CeIR, además de otros textos mencionados en “Lecturas...”

ⁱⁱ Psicólogo Clínico. Cursando el Máster en Psicoterapia Relacional (*Ágora Relacional*, IPR). Trabaja actualmente en los Servicios de Salud Mental de Murcia. Contacto: juandomismo@yahoo.es