

EMPATÍA E INCONSCIENTE

JESÚS JIMÉNEZ MARTOS

RESUMEN

Teniendo en cuenta la extensión de la obra de Freud, sorprende que la técnica psicoanalítica no ocupe el lugar que merece. En general, escribió más de lo que no había que hacer que de lo que sí. En su artículo de 1912 Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico, afirma:

“Todas las reglas técnicas [...] se resumen en un único precepto. El médico [...] debe volver hacia el inconsciente emisor del enfermo su propio inconsciente como órgano receptor”.

Por tanto, podemos aseverar que para Freud es fundamental que se establezca una **comunicación entre inconscientes**, la cual es preciso atender desde la atención flotante y la asociación libre. Una dupla fundamental y básica dentro del ejercicio del psicoanálisis.

Este paradigma genera una serie de complejidades teóricas y prácticas que numerosos autores han intentado aclarar de distinto modo. Muchos de ellos han postulado la empatía del terapeuta como la herramienta adecuada para acceder a esta comunicación entre inconscientes.

Este artículo pretende realizar una aproximación a estos conceptos y a través de las distintas concepciones de la **empatía**, encontrar el modo de llevar a cabo ese precepto que Freud indicó: sintonizar el inconsciente del terapeuta con el del paciente.

SIGMUND FREUD Y LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA

Como señala Paul Roazen en su valioso libro Freud y sus discípulos (1978): cuando el profesor publicó varios artículos técnicos en 1913, dijo claramente que estaba ofreciendo recomendaciones y no reglas. La única regla fundamental para Freud era la

asociación libre del paciente. Más allá de ella, esperaba que los terapeutas tuvieran el suficiente tacto y flexibilidad para explorar ellos mismos los límites del psicoanálisis.

“Los comentarios de Freud sobre la técnica estaban destinados a ayudar a los demás a evitar algunos de los errores en que había caído él mismo anteriormente. Pero no esperaba que sus declaraciones sobre la técnica, o su propia práctica, fueran apropiadas para todos los analistas” (Roazen, 1978).

Exagerar o llevar al extremos la abstinencia, el anonimato y la neutralidad podría llevar a los analistas a volverse rígidos y distantes por lo que el tacto del analista se convertía en algo fundamental. Pero al mismo tiempo le daba miedo que el “tacto” diera rienda suelta a demasiadas libertades. Cuando Ferenczi escribió “Elasticidad de la técnica” y habló del “tacto del analista”, Freud le respondió por carta un tanto alarmado diciendo que era una palabra demasiado vaga y que podía generar confusión en relación con el lugar que debía ocupar el analista con su analizado.

Por un lado se quejaba de que algunos seguidores habían tomado estas recomendaciones como reglas rígidas, pero por otro señalaba que este tacto personal del terapeuta no debía caer en el misticismo (probablemente haciendo referencia a la “Elasticidad de la técnica” y al “tacto psicológico” de Ferenczi). El siguiente texto, que aparece en la biografía de E. Jones (1961), apoya lo anterior:

“Quienes carezcan de tacto verán [...] una justificación para la arbitrariedad, o sea, para la subjetividad, o, lo que es lo mismo, para la influencia de sus complejos no dominados. Lo que encontramos en realidad es un delicado equilibrio de las diferentes reacciones que esperamos de nuestras intervenciones... Naturalmente, no se pueden dar reglas para calibrar

eso; la experiencia y la normalidad del analista tienen que inspirar una decisión. Pero, por esa razón, con los principiantes hay que despojar la idea de "tacto" de su carácter místico".

Por ejemplo, Freud pedía que los analistas no estuvieran pendientes de tomar notas durante la sesión, precisamente para que pudieran aprender más de su experiencia personal. Y aunque pedía distancia y neutralidad, también comprendía las dificultades del analista. En 1937 afirmaba: "los analistas son personas que han aprendido a practicar un arte particular, al mismo tiempo, debe permitírseles que sean seres humanos como los demás".

Revisando sus textos, parece que se permitía ciertos privilegios que estaban prohibidos a analistas más jóvenes e inexpertos. Una de las razones de las libertades de Freud en cuanto a su práctica diaria debió de ser a causa de su espíritu investigador. La **investigación** fue el principal interés de su vida y siempre se consideró más científico que terapeuta. En una carta a Fliess afirmaba: "He llegado a ser terapeuta contra mi voluntad". En ese sentido Franz Alexander afirmaba en 1966:

"La técnica clásica se ideó para la investigación y no para el tratamiento. El aparente paralelismo entre los fines de la investigación y del tratamiento ha demostrado ser una grave exageración".

Además a Freud le preocupaba que el analista tuviera excesivamente presente el deseo curativo. En una ocasión le escribió a un discípulo, como indica Redlich (1952):

"Debo aconsejarle a usted que deje de lado sus ambiciones terapéuticas e intente entender lo que está ocurriendo. Cuando lo haya conseguido, la terapéutica dará resultado por sí sola".

Y sin embargo numerosos discípulos y pacientes señalaban cómo se preocupaba por los efectos terapéuticos y "hasta qué punto se sacrificaba por algunos de sus pacientes". Por ejemplo, en el primer sueño al que le dedicó un meticuloso nivel de interpretación "La inyección de Irma", podemos ver el grado de preocupación que le generaban sus propios pacientes.

Freud pensaba que abandonando la hipnosis y acogiendo la asociación libre, podría alejarse de la

temida sugestión, una de las principales críticas que le vertían sus detractores. Sin embargo es inherente a la propia técnica que el paciente pueda darle una importancia desproporcionada a los comentarios del terapeuta. Roazen afirma "el método del psicoanalista para comunicar con su paciente, observaciones relativamente breves y concisas, mientras el paciente habla la mayor parte del tiempo, tiene por fuerza que animar al paciente a esperar algo especial".

Paul Roazen afirma que Freud, como terapeuta, inicialmente, procuró interpretar y curar los síntomas, planteando el psicoanálisis como el arte de interpretar. Sin embargo, más adelante su objetivo estuvo en vencer las defensas y resistencias del paciente. Y aunque defendía que había que anular todas las represiones, también escribía en 1903 que:

"El objetivo del tratamiento nunca será otra cosa que la curación práctica del paciente, el restablecimiento de su capacidad para llevar una vida activa y de su capacidad para el goce".

En definitiva, Freud pedía a las personas que fueran adultas en su vida diaria. Incluso el hecho de que el inicio de la sesión fuese elegido por el propio paciente, era una forma de darle protagonismo y responsabilidad en su propia historia. El método para llevar a cabo estos objetivos pasaba indudablemente por considerar el inconsciente del paciente como piedra angular del tratamiento y para ello era fundamental el inconsciente del terapeuta.

EL INCONSCIENTE COMO RECEPTOR

En la primera parte de la obra de Freud, aparecen varias referencias a este inconsciente que sirve de receptor. En 1913, en el artículo La predisposición a la neurosis obsesiva, escribe:

"Pero no sin buenas razones yo he sostenido que todo hombre posee en su inconsciente propio un instrumento con el que es capaz de interpretar las exteriorizaciones de lo inconsciente en otro".

Más adelante, en el artículo Lo Inconsciente de 1915 afirma:

"Cosa muy notable, el inconsciente de un hombre puede reaccionar, esquivando la conciencia, sobre el

inconsciente de otro. El hecho merece una indagación más a fondo [...] pero, como descripción es indiscutible”.

Y en el artículo “Sobre la iniciación del tratamiento” (1913), cuando justifica el uso del diván:

“Mientras escucho, yo mismo me abandono al decurso de mis pensamientos inconscientes.”

Por tanto, Freud defiende que el terapeuta posee un aparato **receptor**, de un mensaje fundamental, que es la producción **inconsciente** del paciente. El terapeuta debe estar en condiciones de servirse de su inconsciente como instrumento del análisis. Para ello recomienda una purificación psicoanalítica, es decir, un análisis personal: “mediante el análisis de sus propios sueños”. Como estima que no todo el mundo es capaz de hacerlo por sí mismo (como él) aconseja que “el que pretenda llevar a cabo análisis en otros deba someterse antes a un análisis con un experto”.

Es Sándor Ferenczi quien, en 1928, dándole una importancia crucial a este aspecto (al análisis del analista), nombra esta recomendación como la **segunda regla fundamental del psicoanálisis** (siendo la asociación libre la primera).

Es curioso que Freud no desarrollase con más profundidad en ninguno de sus artículos técnicos ese único precepto que, según él, resume todas las reglas técnicas. Christopher Bollas hace referencia a esta circunstancia en su libro *El Momento Freudiano* (2007):

“Aunque Freud nunca propuso una teoría de la percepción inconsciente, su concepto de formación de un sueño sería imposible sin ella. Me refiero al inconsciente que registra experiencias «psíquicamente valiosas» durante el día, las recoge en «complejos», las condensa en el sueño y, a continuación, las recuerda al día siguiente. Es irónico, pero parece que su teoría de la percepción inconsciente es también inconsciente, ya que esta teoría del inconsciente nunca entró en su metapsicología”.

Según Bollas, el método psicoanalítico basado en la asociación libre, la atención flotante y el uso del diván es una fase intermedia entre el pensador durmiente y el pensador despierto. Un lugar a mitad de camino entre el **orden materno** y el **orden paterno**:

“Cuando el freudiano busca descomponer todo el sueño examinándolo por partes, surge una objeción «¡Déjanos en paz a mí y a mi madre!» No obstante, el analista no interroga al paciente, lo cual sería una violación demasiado intrusiva por parte del orden paterno. Ingeniosamente, Freud pregunta por las asociaciones, que están en un sitio intermedio entre los órdenes paterno y materno del pensamiento, entre el mundo del ensueño de la vida dentro de la atmósfera materna y el mundo lúcido de las leyes y socialización paternas”.

A medida que el analista favorece el orden materno e interviene puntualmente desde el orden paterno (interpretaciones y señalamientos, entre otras) favorece una **integración inconsciente** de ambos órdenes. Mientras el lugar paterno es el lugar de la autoridad, la comunicación inconsciente-inconsciente formaría parte de un encuentro de dos subjetividades. Esa comunicación es, obviamente, bilateral y supone una simetría que Freud no estaba dispuesto a favorecer. Quizás por ello no desarrolló ampliamente esta teoría. Freud escribe en 1924:

“El análisis presupone el consentimiento de la persona que está analizándose y una situación en que haya un superior y un subordinado.”

Para él, el análisis era algo unilateral. Una situación de sometimiento manifestada incluso en la forma de sentarse (el paciente tendido y el analista en el sillón) que provoca una regresión temporal de cara a una resolución constructiva posterior. El profesor, como reconoció, tenía serias resistencias a ser visto como la madre en la situación transferencial, como señala García Varela (1923). En un extracto de las memorias del análisis de Hilda Doolittle, se pone en boca de Freud:

“No me gusta ser la madre en la transferencia. Siempre me sorprende y me impacta un poco, porque me siento muy masculino.”

Además, es necesario recordar que el modelo de Freud de vida psíquica y psicopatología se basó alrededor de la figura del padre y de la culpa. Roazen (1978) considera que tampoco prestó atención a emociones como la vergüenza, la cual pensaba que era un rasgo específicamente femenino.

Aunque Freud no estructuró una teoría en torno al inconsciente del analista como receptor, como hemos visto, si que nos legó un importante elemento técnico que iba encaminado en esa línea, la **atención flotante**.

LA ATENCIÓN FLOTANTE

Según el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1967):

“Es la manera como, según Freud, el analista debe escuchar al analizado: [...] implica que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las motivaciones que habitualmente dirigen la atención. [...] es la contrapartida de la regla de la libre asociación que se propone al analizado.”

Esta recomendación esencial, fue plasmada por Freud en el ya citado Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico (1912). Consiste en la suspensión, tan completa como sea posible, de todo lo que habitualmente focaliza la atención del terapeuta: inclinaciones personales, prejuicios, deseos y supuestos teóricos. Especial atención a esto último: dejar a un lado la teoría para dejarse sorprender por el discurso del paciente. Como proponía Bion (1970), enfrentarse a cada una de las sesiones, “sin memoria ni deseo”.

Freud explica la atención flotante, en Sobre la iniciación del tratamiento (1913), de la siguiente manera:

“Al igual que el paciente debe decir todo lo que pase por su mente, eliminando toda objeción lógica y afectiva que le induciría a seleccionar, también el médico debe estar en condiciones de interpretar todo lo que escucha, a fin de descubrir en ello todo lo que el inconsciente oculta, sin que su propia censura venga a reemplazar la elección a la que ha renunciado el paciente”.

La atención flotante sería la actitud subjetiva del psicoanalista cuando escucha a su paciente¹ Según Freud (1922):

¹Es curioso que de los cientos de entradas que encontramos en el Diccionario de Laplanche y Pontalis, las entradas “asociación libre” y “atención flotante” sean consecutivos en dicha obra; siendo conceptos especulares de la escena terapéutica.

“La experiencia mostró pronto que la conducta más adecuada para el médico que debía realizar el análisis era que él mismo se entregase, con una atención parejamente flotante, a su propia actividad mental inconsciente, evitase en lo posible la reflexión y la formación de expectativas consciente, y no pretendiese fijar particularmente en su memoria nada de lo escuchado; así capturaría lo inconsciente del paciente con su propio inconsciente”.

Sin embargo, como advierten Laplanche y Pontalis:

“La atención flotante plantea problemas teóricos y prácticos [...] De un modo general, es preciso comprender la regla de la atención flotante como una regla ideal, que en la práctica, tropieza con exigencias contrarias”.

Estos autores proponen el **análisis personal** y el continuo **análisis de la contratransferencia** como la manera de darle importancia al inconsciente como receptor. Y plantean que la misma concepción de la atención flotante implica ciertas controversias y dificultades. Se preguntan si el analista es capaz de obviar su propio inconsciente de algún modo, ya que su atención, indudablemente, está motivada por él.

Además, se plantean de qué manera el terapeuta puede intervenir sin dar una importancia privilegiada a un determinado material, comparándolo o esquematizándolo. Es decir, una vez que sabemos que nuestro inconsciente es el que debe registrar el inconsciente del paciente, ¿cómo resolvemos el obstáculo de nuestro propio consciente? ¿De qué manera podemos armonizar la gran cantidad de marcos teóricos psicoanalíticos con la técnica del inconsciente como receptor?

Para responder a estas cuestiones Laplanche y Pontalis plantean (además de la relajación del Yo y la relación entre inconsciente y lenguaje) la **empatía** como marco teórico y técnico básico en la relación terapéutica.

LA EMPATÍA COMO ACTITUD DEL TERAPEUTA

La empatía tendría lugar a un nivel infraverbal y sería la actitud por la que el terapeuta está predispuesto a esa escucha de inconsciente a inconsciente. Los psicoanalistas que más han explorado el concepto de “empatía” son: Sándor Ferenczi, Theodore Reik, y Heinz Kohut y, más

recientemente, Stefano Bolognini. Veamos las posturas de cada uno de ellos:

Sándor Ferenczi (1873-1933)

Centró gran parte de su obra y su trabajo diario en una visión empática, con una técnica flexible y elástica. Una de las innovaciones técnicas, a la que llamó **“Técnica de relajación”**, supuso un cambio importante para el proceso de la libre asociación en la terapia psicoanalítica. Consistía en una distensión de las reglas rígidas de abstinencia y anonimato. Señalaba en 1933:

“Disminuir las tensiones provocadas por las exigencias del analista, incluyendo la petición de “contarlo todo”, facilitando así el ambiente que permitiera la emergencia de los recuerdos en forma de vivencia regresiva, casi alucinatoria”.

Charles Grayson Jr. (1998) afirma:

“Ferenczi, creó un potencial para profundizar “de facto” en el proceso de la asociación libre, no por vía de prohibiciones sino mediante una relajación de las prohibiciones técnicas, liberalizando el anonimato y la abstinencia. Ferenczi comprendió que las recomendaciones técnicas negativas provocaban una selección consciente de pensamientos así como otros tipos de defensas que resultaban en una inhibición de la asociación libre. Ferenczi recomendaba una mayor honestidad y autenticidad por parte del analista”.

Esta postura provoca en el paciente más libertad a la hora de explorar sus sentimientos y asociaciones. En oposición a un terapeuta rígido, lejano y poco empático, que podía generar miedo en el analizado, ante lo que “se pueda encontrar”. A esta postura la llamó Ferenczi (1933) **“hipocresía profesional”**.

Como señala Uriel García (2023), Ferenczi (en su artículo “Elasticidad de la técnica psicoanalítica” de 1928) formuló una teoría de la empatía psicoanalítica a la que denominó **tacto psicológico** o la capacidad de sentir desde dentro del otro. Requiriendo que el analista borre sus límites yoicos y entre al mundo interno del paciente como si se tratara de una fusión simbiótica temporal. Manteniendo siempre una parte significativa de sí mismo en contacto pleno con la realidad exterior.

Ferenczi se identificaba con sus pacientes como lo haría una madre, realizando una doble función:

proveyendo (nutriendo) de calma para facilitar la integración psíquica y favoreciendo el movimiento a partir del juego creativo de la asociación libre. La unión del orden materno y paterno que comentábamos anteriormente. Mediante la empatía, adaptó la técnica para poder acceder a los núcleos primitivos del paciente.

La importancia de la madre en la historia del psiquismo ya la puso de relevancia Freud. Por ejemplo en Tres ensayos sobre la teoría sexual (1905), describiendo cómo las pulsiones sexuales se apuntalan en las pulsiones de autoconservación, y siendo la madre el modelo de elección de objeto sexual. Ferenczi, al igual que Rank con su artículo de 1924: “El trauma de nacimiento”, situó como núcleo de la vida psíquica la relación primitiva con la madre, la separación de ésta y el perpetuo deseo de reencuentro.

Sándor Ferenczi consideraba que si la libre asociación de los pacientes era escuchada sin teorías preconcebidas y si era tomado seriamente el paciente, el resultado sería que el paciente hablaría más libremente y se implicaría más en el proceso. Sin embargo, los analistas freudianos clásicos han visto estas técnicas como peligrosas, fomentadoras de una exploración artificial o con riesgo de provocar acting out en el terapeuta.

Por último es preciso señalar que Ferenczi, quien durante años estuvo injustamente olvidado y despreciado, es cada vez más considerado como un autor y un clínico adelantado a su época. Posturas como el psicoanálisis relacional o intersubjetivista lo han tomado como referente.

Theodore Reik (1888-1969)

Este psicólogo, analizado primero por Karl Abraham y posteriormente por el mismo Freud, realizó la primera tesis de orientación analítica defendida en una universidad, sobre Las Tentaciones de San Antonio de Flaubert, en el año 1912. Sin embargo, recibió fuertes críticas al no ser médico. Las acusaciones que sufrió motivaron a Freud para que escribiese ¿Pueden los legos ejercer el análisis? (1926). En dicho artículo, Freud defiende la idiosincrasia del psicoanálisis más allá de la comunidad médica, defendiendo a su discípulo de las dificultades que estaba sufriendo.

Pero Freud no es el único que hace referencia a este psicoanalista austriaco. El mismo Lacan finaliza la penúltima sesión del Seminario 11 recomendando a su auditorio la lectura de *Listening with the Third Ear, The Inner Experience of a Psychoanalyst* de T. Reik (1948). Dice Lacan de él: “un analista de los buenos... de la buena época, de la época heroica, en la que se sabía escuchar”.

Theodor Reik llamó **Tercer Oído** a la relación estrecha entre el inconsciente del analista y el inconsciente del analizante. Colocándose el analista en una posición de incansable cuestionamiento y elaboración de la relación con su propio inconsciente. Rodríguez (2010) comenta al respecto:

“Ese tercer oído es lo que señalaba Freud cuando afirmaba que la capacidad del inconsciente para una escucha bien afinada es uno de los requisitos imprescindibles en un analista.”

Ese tercer oído funciona en dos direcciones:

“Capta lo que el otro no dice, pero piensa y siente: vuelto hacia dentro, hace audibles las voces interiores que suelen quedar ahogadas en el ruido de los procesos conscientes. Cerrando el oído a lo que “la razón” puede articular del inconsciente, lejos del estruendo que producen los mayores —los sabios del inconsciente— puede el joven analista llegar a percibir que el inconsciente habla”.

Reik expresa su desacuerdo con la idea de que lo más valioso del psicoanálisis puede aprenderse. Le da gran valor a la vivencia subjetiva y personal de análisis con el otro, que continúa una vez termina el análisis:

“Si hay alguna posibilidad de acercarse siquiera mínimamente a la experiencia original de Freud, sólo puede alcanzarse mediante el auto-análisis que sigue a un proceso de análisis, que pueda darle continuidad y completarlo”.

Y gracias a esa vivencia del análisis es posible estar en predisposición de escuchar, empáticamente:

“Nada que no tenga en la experiencia su punto de partida puede convertirse en experiencia para otros.”

Reik aconseja al analista sobre su posición como terapeuta y los peligros que entraña:

“El psicoanalista está sujeto a los mismos peligros que su paciente: la represión de ideas o impulsos de los que no quiere saber, y con los que juega al escondite. Ha de ponerse a prueba periódicamente para determinar hasta qué punto puede ser sincero consigo mismo y poder así evitar impacientarse ante las resistencias de sus pacientes. El encuentro con uno mismo en muy pocas ocasiones es una experiencia agradable, incluso para el analista”.

Recomienda a los analistas des-aprender toda rutina y que estén atentos a todos los detalles: como particularidades de la voz y la mirada, que en ocasiones revelan más que las palabras. Además destaca la importancia de la atención flotante, “que no supone oír todo y que exige el coraje de no comprender demasiado deprisa”.

T. Reik afirma que la empatía es lo que permite al terapeuta participar de la forma más íntima posible en la experiencia del paciente. Describe los cuatro aspectos que, para él, componen el proceso de empatía en el análisis:

i) Identificación: mediante la relajación de nuestro control consciente, podemos llegar a ser absorbidos en la contemplación de la otra persona y de sus experiencias, perdiendo así la consciencia de nuestro yo, nos proyectamos dentro del otro y experimentamos lo que el otro siente.

ii) Incorporación: del otro en nuestro interior y asumimos sus experiencias como nuestras.

iii) Reverberación: supone saber lo que significa lo que estamos sintiendo, para lo cual comienza a interactuar nuestro yo con el yo interiorizado.

iv) Separación: una vez realizado todo el proceso anterior, nos separamos de nuestras implicaciones y usamos la razón, ganando distancia psíquica y social, pudiendo realizar un análisis objetivo.

Heinz Kohut (1913-1981)

Consagró gran parte de su producción teórica al concepto de empatía. Máximo exponente de lo que se ha llamado Psicología del Self, defendía un análisis centrado en la empatía y el diálogo entre el paciente y el terapeuta. No consideraba la empatía como terapéutica por sí misma, sino una precondition necesaria para ser un apoyo exitoso y terapéutico, una actividad para captar información y generar un poderoso vínculo emocional.

Defendía la empatía como instrumento central de observación y conocimiento, la base para cualquier investigación en psicología, definiendo a través de ella aquello que es científico.

Su concepción de empatía pasaba por evitar una postura en el analista de sospecha, afirmando que la teoría pulsional generaba el Hombre Culpable:

“Es una concepción del hombre entendida como alguien que no quiere renunciar a sus viejos impulsos placenteros aunque estos no sean adaptativos, de manera que se “resiste” al análisis terapéutico”.

Como contrapunto a esta postura, concibió la naturaleza psicológica del hombre con el término Hombre Trágico (cuyo principal afecto es la vergüenza), que sufre inferencias, potencialmente remediabiles, que le dificultan el desarrollo normal. Kohut piensa que el Complejo de Edipo ocurriría cuando la patología de los padres no les permitiese empatizar con su hijo, como le ocurrió a Edipo:

“Es sólo cuando el self de los padres no es normal, ni sano, ni cohesivo, ni vigoroso, ni armónico, que éstos reaccionarán con competitividad o seducción más que con satisfacción y afecto, cuando el niño a los cinco años de edad evoluciona lleno de alegría hacia un grado, hasta entonces no alcanzado, de asertividad, generosidad y afecto. Este self asertivo y afectuoso, recién constituido en el niño, puede desintegrarse y dar lugar a la aparición de la hostilidad y lujuria del complejo de Edipo, y ello es en respuesta a un self parental defectuoso que no ha podido resonar con una identificación empática”.

Kohut propone el **Mito de Ulises**, como sustituto del Complejo de Edipo, para explicar la naturaleza del ser humano normal. Una visión menos pesimista intergeneracional:

“[...] tal como lo cuenta Homero, los griegos empezaron a organizarse para su expedición troyana, llamaron a filas a los distintos jefes con sus hombres, naves y suministros. Pero Ulises, gobernante de Ítaca, joven aunque iniciado su madurez, con una esposa joven y un hijo bebé, lo era todo menos un entusiasta de la guerra. Cuando los delegados de los estados griegos llegaron a para evaluar la situación y para forzar la colaboración de Ulises, éste se fingió enfermo, simulando estar loco. Los emisarios — Agamenón, Menelaus, y Palámedes— lo encontraron arando con un buey y un asno uncidos juntos, y

echando sal hacia atrás como si estuviera sembrando sin mirar; en su cabeza llevaba un sombrero estúpido de forma cónica, como el que suelen llevar los orientales. Ulises fingió no conocer a sus visitantes y todo lo que hacía daba a entender que había perdido el entendimiento. Pero Palámedes sospechó el engaño. Tomó a Telémaco, el hijo-bebé de Ulises, y lo puso delante del arado de Ulises. Inmediatamente Ulises hizo un giro y trazó un semicírculo con su arado para evitar así dañar a su hijo, movimiento que demostró su salud mental y le hizo acabar confesando que había fingido la locura para evitar ir a Troya”.

De esta manera Kohut contrapone el semicírculo de Ulises, expresión de salud mental, al parricidio determinista de Edipo.

Por tanto, si el paciente se encuentra con un analista cuya actitud es de sospecha, es decir, si está muy pendiente de buscar las señales escondidas en el discurso del paciente que confirmen la teoría que apoya; entonces se alejará de una escucha empática. El paciente re-vivirá de nuevo el trauma de unos padres que fueron poco empáticos y la asociación libre se obturará. El par asociación libre-atención flotante no se dará y por tanto el inconsciente del paciente no resonará en el de terapeuta. Esta idea la defienden también psicoanalistas contemporáneos como Robert D. Stolorow (2004):

“La ausencia de empatía validadora es el aspecto central del trauma psíquico. [...] los analistas en realidad reproducen el trauma original con sus errores garrafales y cegueras. [...] En nuestra opinión el temor o anticipación de una posible retraumatización por parte del analista es la parte central del fenómeno de la resistencia en el psicoanálisis”.

También B. Sylwan (1984):

“Las asociaciones libres no son libres cuando son expresadas en una atmósfera helada o en un clima de miedo. Sólo un clima de confianza permitirá al paciente llevar al presente su trauma inicial”.

Kohut ilustra esto último de forma brillante en su artículo Los dos análisis del Sr. Z. En él narra los dos periodos de análisis de un supuesto paciente que Kohut trató. Hay autores que defienden que el primer análisis narrado corresponde al de Kohut con Ruth Eissler, mientras que el segundo sería el proceso que él mismo desarrolló en soledad a

través de su autoanálisis y de sus propias elaboraciones teóricas.

El primero de ellos se basa en un análisis pormenorizado de las resistencias, demandas narcisistas, fijaciones pre-edípicas, rivalidad y ansiedad de castración de este supuesto paciente. Pulsiones infantiles y conflictos alrededor de estas pulsiones, interpretaciones agresivas a las que el paciente se resistía y que provocaban cierres en la producción de material y sentimientos en el paciente de culpabilidad.

En el segundo análisis, el terapeuta se dirige más hacia la experiencia subjetiva del paciente. Realiza un esfuerzo en entender el mundo desde su perspectiva. Creando un marco relacional para que el paciente despliegue sus afectos, a través de una auténtica y rica asociación libre.

Opino, al igual que Kohut, que todos los conceptos que defiende se entienden mejor al pensarlos desde la experiencia. Y más si se contemplan desde la ausencia de ellos, pues todos podemos recordar cómo nos hemos sentido, callado o perseguido, cuando hemos tenido en frente a una persona que no ha sido empática con nosotros.

Para Stolorow (2004), el analista investiga e interpreta durante el análisis desde un marco de referencia subjetivo del paciente. Y esta sería la manera que tiene el psicoanálisis de producir efectos terapéuticos positivos:

“Es el significado transferencia de esta actividad investigadora e interpretativa lo que deviene la principal fuente de acción terapéutica; en la transferencia el analista es vivido como el padre secundariamente deseado, receptivo, comprensivo que, a través de su capacidad de respuesta empática, «sostendrá» (Winnicott, 1954) y finalmente aliviará la reacción emocional dolorosa que ha sido revivida ante la repetición de aquella experiencia de ruptura que se había dado en el desarrollo temprano.

De este modo, el vínculo analítico se restablece y expande, y se da una mayor libertad que permite la emergencia de los deseos del desarrollo primario a medida que el paciente va sintiendo una mayor confianza en que sus reacciones emocionales frente a experiencias de rechazo y decepción serán

recibidas, comprendidas y contenidas por el analista”.

Stefano Bolognini (1949)

Psicoanalista italiano que teoriza sobre la empatía desde hace más de 40 años. Mientras Kohut entendía la empatía como método, Bolognini la concibe como “feliz eventualidad”.

Se opone a concebir la empatía como un acto voluntario. Considera una fantasía el cultivo de una “competencia empática” especial e innata, como si el analista pudiera tener secretamente un recurso especial para sintonizarse con los pacientes. Opina que el inconsciente no se puede domesticar a voluntad y tampoco el preconciente tolera una disposición interna intencional y acabada. Para Bolognini la empatía se realiza a través de ocasionales, indecibles aperturas de los canales preconcientes del analista, del paciente o de los dos.

Propone la formación psicoanalítica como favorecedor de que ocurran con frecuencia situaciones empáticas, siempre y cuando el analista no pretenda empatizar metodológicamente. Para Bolognini la vivida experiencia compartida de áreas de contacto fusionales específicas (en referencia a la empatía) es posible justamente cuando las personas han conseguido la discriminación, individuación y un sentido de sí mismo suficientemente sólido y definido en sus límites.

Niega rotundamente que la empatía tenga relación una especie de “bondad” analítica ni con la simpatía, en base a la cual el analista debería disponerse positivamente, favorablemente, a priori hacia el paciente y sintonizarse esencialmente con su vivencia egosintónica, concordando con ella.

Para este autor la empatía significa, compartir parcialmente y en forma sectorial pero vivencial, la experiencia interna del otro, sintiéndola y logrando también representársela como sea. No es una “bondad”, como ya he señalado, ni una actitud de piadosa protección, ni una dulce atmósfera de nobles sentimientos. Más bien es una “maldita incomodidad”. Diferenciando por tanto entre empatía natural, de la vida cotidiana, y empatía psicoanalítica.

Define la empatía como un fenómeno intra e intersíquico complejo, que requiere de una capacidad de articulación interna y una desencantada libertad de percepción y de representación de afectos y de configuraciones de cualquier tipo. Permitiendo la posibilidad de acceder con el tiempo, a través de la elaboración contratransferencial, también a la reintegración de componentes escindidos, no sólo hipotetizados sino experimentados y reconocidos por el analista en un régimen de conocimiento vivencial:

“La verdadera empatía es una condición de contacto consciente y preconsciente caracterizado por discriminación, complejidad y articulación; ella comporta un espectro perceptivo amplio en el cual están comprendidas todas las tonalidades de color emocional, de las más claras a las más oscuras; y sobre todo un progresivo, compartido y profundo contacto con la complementariedad objetal, con el yo defensivo y con las partes escindidas del otro, no menos que con su subjetividad egosintónica”.

CONCLUSIONES

En definitiva, mediante los distintos abordajes técnicos de la empatía, no sólo se provoca un aumento de la asociación libre y de la confianza del paciente, sino que también el terapeuta se encuentra en una actitud receptiva diferente, permitiendo una conexión (entre inconscientes) única.

Por último agradecer a Pilar Revuelta Blanco su tacto y empatía para conmigo en su ayuda en la elaboración de este artículo.

Jiménez Martos, J.

jesusjimenezmartos@gmail.com

Licenciado en Medicina, especialista en Psiquiatría

Psicoanalista, miembro del Centro Psicoanalítico de Madrid

Trabajo público en Hospital de día Infanto-Juvenil CSM San Andrés de Murcia.

Consulta privada presencial en Murcia y online

BIBLIOGRAFÍA

Alexander F. (1966). Psychoanalytic Pioneers. Basic Books.

Bion, W. (1970). Atención y interpretación: Confrontaciones terapéuticas en psicoanálisis. Paidós.

Bolognini, S. (2004). Complejidad de la empatía psicoanalítica: una exploración teórico-clínica. Revue Francaise de Psychanalyse.

Bolognini, S. (2004). La empatía psicoanalítica. Lumen Editorial

Ferenczi Sándor. (1933). Confusión de lengua entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y el lenguaje de la pasión. Espasa-Calpe

Ferenczi S. (1928). Elasticidad de la técnica psicoanalítica. Espasa-Calpe.

Freud, S. (1898). La sexualidad en la etiología de las neurosis. Amorrortu.

Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. Amorrortu.

Freud S. (1903). El método psicoanalítico. Amorrortu.

Freud S. (1905). Tres ensayos sobre la teoría sexual. Amorrortu.

Freud S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. Amorrortu.

Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. Amorrortu.

Freud, S. (1914). Recordar, repetir, reelaborar. Amorrortu.

Freud S. (1922). Dos Artículos de Enciclopedia. Amorrortu.

Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. Amorrortu.

Freud, S. (1981). Los orígenes del Psicoanálisis Biblioteca Nueva.

García Varela, Uriel. (2023). 1920, la década del giro del orden materno. Jornadas Sándor Ferenczi.

Grayson, Ch. (1998). Ferenczi's contributions to the enaction of the basic rule. Jornadas Ferenczi y el Psicoanálisis Contemporáneo.

Gomez, Leandro Emmanuel. (2017). ¿Comunicación inconsciente? Jornadas 2017 de miembros de Apertura Sociedad Psicoanalítica.

Jones, E. (1961). Vida y Obra de Sigmund Freud. Anagrama.

Laplanche J. & Pontalis J. (1967). Diccionario de Psicoanálisis. Paidós.

Kohut, H. (1982). Introspection, empathy, and the semi-circle of mental health. Int. Journal of Psychoanalysis.

Olmedo Carillo, P. & Montes Berges, B. (2009). Evolución conceptual de la Empatía. Universidad de Jaén.

Rank, O. (1924). El trauma del nacimiento y su significado para el psicoanálisis. Paidós

Redlich F. (1952). Psychotherapy with Schizophrenia. Int. Universities Press.

Roazen, P. (1978). Freud y sus discípulos. Alianza Universidad.

Rodríguez, A. (2010). Referencia a Theodor Reik. SCF de Barcelona.

Reik, Theodor. (1948). Listening with the Third Ear. The inner Experience of a Psychoanalyst. Grove Press.

Riera R. (2002), Los dos análisis del Sr. Z. Herder

Stolorow et Atwood. (2004). Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica. Herder.

Sylvan, B. (1984). An untoward event: Ou la guerre du trauma de Breuer a` Freud, de Jones a` Ferenczi. Cahiers Confrontation.