



Espacio-tiempo mental

Francesc Vieta Pascual

Resumen

Este trabajo presenta el concepto de espacio-tiempo mental, que al igual que en la teoría física de la relatividad, pasa a ser una dimensión inseparable, y espacio y tiempo dejan de ser conceptos absolutos. No se puede alterar uno sin que quede afectado el otro. Propone además una definición del tiempo mental íntimamente conectada con el cambio psíquico, que coloca la temporalidad como un factor vital para entender mejor la clínica. Introduce, además el concepto de tiempo recobrado como una función básica en la terapéutica psicoanalítica.

El autor considera que hay dos ansiedades básicas para la creación y la aprehensión del espacio-tiempo mental, que son las ansiedades claustrofóbicas y agorafóbicas. En realidad serían las ansiedades que regulan la distancia emocional y temporal respecto al objeto, cuyos extremos serían la fusión con éste por un lado y la pérdida por otro.

Introducción

Hace ya unos años asistí a una paciente que me hizo pensar en el concepto de espacio mental. En concreto lo que observé como núcleo principal en esta joven con sintomatología fóbica e intensas ansiedades de separación, fue una disociación del espacio mental. Había dividido su mundo interno en un espacio al que llamé de exclusividad y otro de lo excluido. En el primero la relación con el objeto es ideal, no hay separación o sólo hasta cierto punto. En dicho espacio todo es perfecto, ya que el objeto es sentido como omnipotente y el tiempo está parado o es eterno. Mientras que en el segundo imperan las ansiedades persecutorias, ya que lo forman todos aquellos sentimientos y relaciones excluidas para poder mantener la relación fusional o de dependencia; es decir, los celos, la envidia, el pensamiento, el tercero... Es el mundo del tercero desinvertido, que se puebla de ansiedades sumamente persecutorias.

En dicho espacio el tiempo es también persecutorio. El éxito del tratamiento así como aquellos aspectos que quedaron incomprendidos despertaron mi interés por profundizar en este concepto. Posteriormente, al analizar el material onírico de la paciente advertí que el tiempo —mental— hasta entonces tratado de forma implícita, ocupaba un papel destacado. Así fue como empecé a pensar en el espacio y tiempo mentales como dos dimensiones inseparables, igual que en la teoría física de la relatividad. En experiencias clínicas posteriores pude comprobar que siempre resulta importante analizar la clínica desde esta perspectiva.

Toda relación, por definición, sea física o psíquica, interna y/o externa, se da en el espacio-tiempo. En la bibliografía psicoanalítica, al menos hasta hace poco, se ha tendido a explicar la psicopatología y el aparato mental en términos primordialmente espaciales. Sin embargo la dimensión temporal ya desde Freud, ha impregnado toda la teoría —fijación, regresión, compulsión a la repetición, fases, *après-coup*, *timing*, etc— así como la técnica —construcción del *setting*: duración de las sesiones, frecuencia, limitación o no del tiempo de tratamiento, interrupciones por vacaciones; y las vicisitudes correspondientes: retrasos, confusiones de hora o día, etc.

Probablemente por la propia dificultad de aprehensión del concepto temporal ha sido difícil de teorizar. También creo que puede haber influido la tendencia que tenemos, al menos en el mundo occidental, a parcializar y clasificar los objetos de conocimiento.

No obstante en los últimos veinte años la literatura psicoanalítica en relación a la temporalidad ha experimentado un aumento considerable.

Espacio-tiempo físico y mental

El siglo xx, dentro del campo de la física, fue una época de cambio de concepción del mundo y del universo extraordinaria. La teoría de la relatividad de Einstein y el descubrimiento de la física cuántica



provocaron una conmoción que se extendió también a otras disciplinas, como la filosofía y la psicología.

Dentro del psicoanálisis se está llevando a cabo una intensa revisión del *setting*, sobre todo referida a la pretendida neutralidad del terapeuta, que creo se deriva en parte de los descubrimientos de la física cuántica. El hecho de haber podido comprobar que inevitablemente, sólo por observar ya estamos provocando cambios en las relaciones entre las partículas subatómicas, ha sido, como diría Bion, un cambio catastrófico. También el cambio de concepción respecto al espacio y el tiempo, que en la física newtoniana eran conceptos absolutos y que a partir de Einstein pasan a ser relativos, ha sido determinante. Que espacio y tiempo sean absolutos quiere decir que diferentes observadores en situaciones distintas, medirán siempre igual espacio e igual tiempo de un mismo hecho. Un ejemplo hipotético puede ilustrar dicha relatividad:

El señor A sube a un avión A con un reloj perfecto y el señor B sube a un avión B con otro reloj perfecto; ambos vehículos salen desde el mismo punto y al mismo instante, pero en direcciones opuestas, el A hacia el este y el B hacia el oeste, y a la misma velocidad. El señor A llegará antes al punto de partida ya que habrá estado volando siguiendo el mismo sentido que el de la rotación terrestre.

A nivel mental todo esto ya lo sabíamos; resulta evidente que no tenemos la misma sensación de duración de una conferencia, por ejemplo, si nos está interesando o divirtiendo que si nos aburre. Sin embargo se trata de un fenómeno algo más complejo ya que el e-t es distinto según el tipo de relación de objeto que mantengamos; y no sólo eso, el e-t físico y el psíquico se influyen mutuamente. Con el ejemplo de la conferencia interesante o aburrida queda claro cómo un mismo hecho físico puede ser vivido respecto al e-t de diferente manera, pero también la concepción espacio-temporal y el tipo de relación de objeto predominante en una cultura, por ejemplo, condicionan las relaciones físicas. En la sociedad occidental predomina una concepción del tiempo lineal. Esto, entre otras causas como la economía, evidentemente, provoca en general una sensación de prisa, de que el tiempo se acaba y desemboca en un determinismo reduccionista y al fin bastante destructivo. De hecho hay técnicas psicofísicas como el bio-feedback que están teniendo éxito en la prevención de ciertas cardiopatías derivadas del estrés, a base de intentar cambiar este tipo de mentalidad (Dossey, L., 1982).

Espacio-tiempo mental: dos dimensiones inseparables

Siguiendo a Grinberg diría que el espacio mental es la dimensión que hace referencia a la organización espacial de las relaciones de objeto interno. Puede ser unidimensional (autismo), bidimensional (relaciones narcisistas), tridimensional (relaciones edípicas) y tetradimensional —Grinberg se refiere aquí a un tipo de espacio donde predomina un tipo de vínculo más maduro basado en la identificación introyectiva—. Sería el que permite al sujeto auto-observarse, identificado con la función de comprensión del terapeuta (Grinberg, L.; Grinberg, R., 1980) o de contención y *rêverie* de la madre.

En cuanto al tiempo mental, como ya he comentado al principio, aunque la bibliografía en los últimos años ha aumentado considerablemente, no he encontrado una definición clara y satisfactoria, a mi entender, de dicho concepto. Como explica J.L. López-Peñalver en su introducción a un monográfico sobre la temporalidad, no existe una conceptualización de dicho término en la obra de Freud. Sin embargo, desde sus orígenes está inmersa en ella. Desde sus primeras obras asume una teorización de la memoria que se aleja de una cronología puramente lineal. En la primera teoría del trauma, como núcleo patógeno, ya se observa una direccionalidad compleja de la temporalidad. En el proyecto de psicología introduce la concepción del *après-coup*, básica para entender no sólo la temporalidad en la obra de Freud, sino también la cura psicoanalítica. Es así como el análisis o la terapia psicoanalítica por *après-coup* resignifican la historia del paciente. Con el abandono de su neurótica, pasa al primer plano el fantasma. Aparecen los recuerdos encubridores y el deseo inconsciente pasa a ser el motor del funcionamiento psíquico y por tanto de la memoria. Será en la interpretación de los sueños cuando Freud describa el funcionamiento del inconsciente e introduzca la atemporalidad de los deseos inconscientes. Otro punto primordial para entender la crucial importancia del aquí y ahora en la terapéutica psicoanalítica. Finalmente con la segunda tópica, Freud pasa de hablar únicamente de una repetición del pasado infantil en el presente basada en el principio de placer, a contraponerla con una repetición compulsiva basada en la pulsión de muerte. La primera, dominada por la libido, tendería a unir unidades cada vez más complejas. El presente recuperaría el pasado transformándolo; de manera que hablaríamos de una reconstrucción permanente

de la historia. La segunda, dominada por la pulsión de muerte, se basaría en la repetición de lo idéntico, de lo irrepresentable; repetición traumática que, como nos recuerda López-Peñalver, ha sido descrita por algunos autores en relación a la temporalidad como un tiempo congelado, paradójico, petrificado —tiempo estallado o fragmentado—. Traumas inelaborables, en los que la repetición ocupa el lugar de la rememoración y de la transformación.

Es muy importante distinguir tiempo físico y tiempo psíquico. Pero no sólo esto, también habría que diferenciar dentro del tiempo psíquico dos conceptos: tiempo subjetivo y tiempo mental. El tiempo subjetivo sería la vivencia respecto al tiempo físico, mientras que el tiempo mental sería un concepto mucho más amplio y abstracto, que en realidad incluye al primero. Un ejemplo puede ayudar a entender mejor este punto: Si una conferencia de una hora nos ha parecido más larga, la vivencia subjetiva de la duración corresponderá al tiempo subjetivo. Pero lo que intento explicar es que realmente a nivel mental, para ese sujeto, la duración de la conferencia ha sido más larga. A esto me refiero cuando hablo de tiempo mental. Con el espacio ocurre algo parecido: El tamaño de una habitación puede ser captado subjetivamente más ajustado o menos a la realidad física dependiendo del tipo de vivencia que tengamos en ese momento. Por ejemplo, algo muy típico en nuestra profesión es la vivencia subjetiva de las dimensiones físicas del despacho y de la sala de espera. Si, por ejemplo, un paciente viene un día muy ambivalente respecto a su deseo de continuar en terapia, puede sentir que la sala de espera le resulta agobiante debido a una ansiedad claustrofóbica, y entonces verla más pequeña o con menor volumen y por tanto menor capacidad para albergar el aire suficiente para poder respirar bien, por eso necesita abrir la puerta. Este ejemplo muestra el espacio subjetivo, pero la realidad interna está verdaderamente desarrollándose en ese momento en un espacio muy reducido.

Entiendo por tiempo mental la dimensión del cambio psíquico. Esto quiere decir que el cambio sólo es posible dentro del tiempo; no hay cambio si no pasa el tiempo, y esto es cierto tanto para las relaciones físicas como para las psíquicas. El tiempo psíquico es pues el transcurrir de la dialéctica dentro y entre los distintos tipos de relación de objeto. El e-t mental sería el marco del elemento psicoanalítico Ps?Pd introducido por Bion. El tiempo mental cobra importancia en la clínica, sobre todo, en los momentos de cambio de tipo de relación de objeto.

John Weeler, físico americano, define el tiempo físico como aquello que impide que todo pase a la

vez. Creo que esta definición puede ayudar a entender mejor algunas de las vicisitudes por la falta de tiempo mental. Por ejemplo, podemos observar con cierta frecuencia en la clínica actual la vivencia angustiante de algunos pacientes expresada, explícita o implícitamente, como que todo se les echa encima. Muchas veces se interpreta, sobre todo desde determinados modelos teóricos —se acabe diciendo o no— que lo que le pasa al paciente es debido a vivencias persecutorias por un supuesto ataque previo al objeto. Según mi punto de vista es preferible interpretarlo como la falta de un e-t mental que permita el pensamiento. Se puede observar, por ejemplo, en pacientes que siempre van con prisas y que sufren mucho por el paso del tiempo cronológico. En este caso el paciente confunde la falta de tiempo mental y de un espacio de reflexión con la prisa por un tiempo físico que se le escapa. Es así como acaba sintiendo, al no poder pensar y actuar en consecuencia, que no es protagonista de su vida y que no la gobierna, sino que son los acontecimientos los que se le echan encima. Este e-t mental que permitiría el pensamiento se desarrolla, principalmente, a través de la relación con los objetos primordiales, como explicaré más adelante.

Ansiedades básicas en el E-T mental

Debido al predominio en la literatura psicoanalítica del pensamiento basado en conceptos espaciales, suelen interpretarse tanto la ansiedad claustrofóbica como la agorafóbica únicamente en estos términos: en el primer caso el paciente teme los espacios cerrados como representación de un espacio mental de fusión con el objeto, que implica que el sujeto quedará atrapado dentro de aquél, destacando el tipo de espacio mental como causa del malestar. En el segundo caso se interpreta el temor a los espacios abiertos como representación del espacio de pérdida del objeto. No obstante, sólo con considerar el tiempo físico, resulta evidente la importancia del factor temporal. Por ejemplo: si consideramos un paciente dominado por cualquiera de ambas ansiedades y le pedimos que se exponga durante un minuto a la situación aversiva, resulta evidente que estará más dispuesto a aceptarlo que si el tiempo de exposición es de dos horas; probablemente si no especificamos ese tiempo, la disposición será aún menor.

El ejemplo anterior nos ilustra acerca de la íntima e indisoluble relación entre el e-t externo e interno. Así como no se puede entender ni concebir

la realidad externa sin la realidad interna y viceversa, lo mismo ocurre con el e-t externo e interno. Si consideramos que los estados de fusión con el objeto, de cierta falta de diferenciación, como por ejemplo durante la relación sexual, así como los estados de separación son propios del funcionamiento mental normal, entonces a mi entender, es el factor temporal el que determina si la ansiedad será traumática o no. Lo realmente angustiante no es sentirse atrapado en un espacio de relación oprimiente, ni tener miedo a lo desconocido en un espacio de relación demasiado abierto, sino que lo verdaderamente traumático es sentir que ya *nunca* podremos separarnos o que *nunca más* recuperaremos la relación con el objeto.

En la agorafobia se podría decir que es la vivencia de un tiempo que se expande la que crea la ilusión de un espacio sin límites. En la claustrofobia es la vivencia de un tiempo detenido la que crea la ilusión de un espacio oprimiente. Desde mi punto de vista estas son las dos ansiedades básicas para la creación del e-t mental.

Tiempo recobrado

Por tiempo recobrado quiero dar a entender, no la recuperación del tiempo perdido a través de su negación, o el esfuerzo titánico por mantener vivo el pasado, sino la posibilidad de adquirir una noción de tiempo más bien integrada. Para ello es necesaria la elaboración del duelo de la omnipotencia.

Es importante no confundir la concepción y vivencia de un tiempo lineal con lo que entiendo por tiempo recobrado, que es una temporalidad integradora. El tiempo lineal es el que impera en la cultura occidental, gobernada por la prisa, el consumismo, la idealización de la juventud, el odio y desesperación por el proceso natural de envejecimiento, etc.

En el tiempo recobrado no hay una idea fija de salud mental, entendida como libre de compulsiones repetitivas, resentimientos, reproches y autorreproches, ansiedades catastróficas, revivencias de traumas, etc., sino como la posibilidad de revivir todo esto, pero a través de un proceso multidireccional en el que a cambio se conserva la esperanza y la ilusión de acceder a un e-t de creatividad. Creo que dicha función es más amplia y compleja que el espacio tetradimensional que propone Grinberg. No se trata únicamente de la identificación con la función auto-observadora, sino que también incluye el atrevimiento y la capacidad de perderse dentro de los distintos e-t mentales, con

la esperanza de contactar con el hecho seleccionado con ternura y con la firmeza para volver a salir.

El tiempo recobrado no es un espacio al que se pueda acceder siempre que se desee, no es una posición, no es una fase; es más bien un baile, una aventura, un no deseo y no memoria, un salto al vacío con la esperanza de encontrar aquello que nos rescate y rescate también al paciente.

Funcionar con un tiempo recobrado quiere decir aceptar la posibilidad de no entender, de no saber qué decir, de no poder acceder al hecho seleccionado, pero con la esperanza de poder hacerlo en algún momento, si no es durante la sesión quizás en la siguiente, o mantener dicha esperanza depositada en el mismo paciente, fuera de la sesión, a partir de alguna cosa que le hayamos aportado.

El siguiente ejemplo puede ilustrar este concepto:

—Una mujer joven consulta por haber sufrido diversas crisis de angustia después de haber intentado estudiar la carrera de derecho. Existía una gran presión familiar debido a que el padre, catedrático de dicha disciplina, tenía estos estudios sumamente idealizados. En la descripción que hacía la paciente de su padre éste aparecía como un personaje despótico, controlador y sumamente obsesivo. La madre, también abogado, parecía, según la paciente, vivir la vida a la sombra de su marido. Aunque la paciente pudo, a través de la terapia, iniciar unos estudios alternativos que le interesaban más, cuando llegaron los primeros exámenes sufrió un bloqueo que le impidió estudiar y una gran desesperación con ideas autolíticas.

El bloqueo que aparece en esta viñeta clínica podría explicarse desde algunos modelos teóricos como la consecuencia de la fantasía inconsciente de deseo de triunfo sobre el padre, ya que aprobar significaría triunfar sobre él, luego temer su venganza. Desde mi punto de vista creo que la paciente no aceptaba la posibilidad de suspender.

¿Qué es lo que me hizo pensar en ello?:

Primero me di cuenta que la paciente estaba muy desesperada (sin espera en el presente); todo su discurso estaba lleno de términos tajantes y se notaba que había perdido la esperanza (desesperanzada, sin futuro).

Contratransferencialmente me fui sintiendo cada vez más atrapado en este e-t de relación.

Mi propia vivencia era la de no poder salir adelante, pero al poder observarlo pensé que seguramente esto era lo que ella estaba sintiendo respecto a los exámenes. Yo había entrado en el

espacio transicional de la relación terapéutica que en aquel momento era bidimensional sin perder la esperanza de poder salir y pude observar el tipo de relación que estábamos manteniendo, donde yo también sentía una angustia similar a la de la paciente. Pero el haber podido acercarme con ternura y escucha permitió a la paciente poner límites a su propia angustia; ahora ya sentía que podía esperar. Al poder esperar ya no estaba desesperada. Me pareció que lo que la paciente no podía aceptar era la posibilidad de suspender ya que sin la función del tiempo recobrado no tenía la esperanza de que si suspendía no fuera catastrófico.

Creo que toda acción involuntaria, es decir, que está fuera del control consciente, o que toda situación cuyo resultado no depende sólo de uno mismo, precisan para su adecuada ejecución de un e-t mental que permita al sujeto reconocerse con éxito o sin él. Considero que hay problemas de impotencia en el hombre, por ejemplo, que se podrían entender mejor desde esta perspectiva; nadie puede forzarse a tener una erección siempre que quiera. Si el hombre no contempla la posibilidad de no tener una erección en un momento en que está a punto de tener relaciones sexuales, el e-t mental se disocia, de manera que en el espacio de lo exclusivo todo es positivo, el sujeto *sabe* que aprobará el examen, o que tendrá una erección siempre que lo desee, que se dormirá siempre que quiera, etc. Pero de esta manera en el e-t de lo excluido queda todo lo que el sujeto no quiere, o no puede reconocer. Esta configuración del e-t mental entra en contradicción con la realidad externa y además resulta sumamente persecutoria, ya que la posibilidad de suspender el examen, de no tener erección, de no dormirse, etc. es vivida como el pánico y el riesgo de no existir.

Quizás la siguiente escena inquietante, esta vez hipotética, ayude a pensar y aliente la discusión sobre el tema:

- Una madre está con su bebé. Éste empieza a llorar. La madre se pregunta si tendrá hambre, prueba y ve que no. Piensa que igual está angustiado y abraza al niño. Pero el niño sigue llorando y la madre siente que no sabe qué más puede hacer. Tal vez piense entonces que es normal que un bebé de esta edad necesite llorar y no se alarme, permaneciendo junto a él. Finalmente el bebé deja de llorar.
- Otra madre que está con su bebé que también empieza a llorar intenta averiguar si tiene

hambre. El niño sigue llorando y ella intenta ahora abrazarlo con cierta angustia. El bebé sigue llorando, cada vez con mayor desesperación. La madre se siente cada vez más irritada y se enfada con su bebé y lo zarandea con rabia. Finalmente la madre da un portazo dejando al bebé llorando solo.

En esta situación podríamos hablar de la falta de contención de la madre, de su baja tolerancia a la frustración, de que el bebé se ha convertido en un objeto malo en su mente porque la hace sentir mala madre. También, desde el modelo del apego, diríamos que si este modelo relacional se repite con frecuencia, el bebé internalizará o aprenderá un patrón de regulación mutua inadecuado. Pero hay un hecho que es vital explicar: ¿Por qué durante los primeros minutos la madre es *suficientemente buena* y después ya no? Creo que la clave está en la pérdida de la esperanza por parte de la madre de poder tranquilizar a su bebé. Si el e-t mental de la madre es tridimensional y funciona con un tiempo recobrado, podrá aceptar ser cuestionada, ya que el tercero en dicha dimensión no es necesariamente malo. En ambos ejemplos el tercero sería aquello que no sabe de lo que le pasa a su bebé. Por lo tanto se dará un tiempo para pensar, podrá practicar el ensayo-error y pedir ayuda en caso necesario.

En la segunda situación nos encontramos una madre que se relaciona inicialmente en un e-t mental tridimensional, que le permite acercarse a su bebé cuando llora. Hace un intento adecuado de reestablecer la buena relación con el bebé a través de la fusión, en este caso abrazándolo; no obstante, ante la persistencia del malestar del pequeño, se queda atrapada en el e-t bidimensional donde el tiempo está parado y por lo tanto siempre será una mala madre y el malestar será eterno, por esto se separa de manera brutal. Si la madre pudiera desarrollar una función de tiempo recobrado, entraría en un e-t mental de relación fusional conservando la esperanza de poder salir tanto ella como su bebé.

Espacio-tiempo mental y apego

El e-t mental se va creando a través de la relación con el objeto. Depende de la constancia de éste, pero no sólo de eso; depende también de que la presencia y la relación con el objeto sean suficientemente satisfactorias. También que la separación dure lo suficiente para permitir echar en falta al objeto, aunque no tanto como para que se

rompa el vínculo de confianza que se está creando. Dicho vínculo es el que permite que el sujeto sea cada vez más capaz de tolerar la frustración, y vaya realizando el proceso de diferenciación, separatividad e identificación, imprescindibles para adquirir un *self* cohesionado en el espacio y el tiempo. Todo lo anterior está sumamente simplificado ya que también intervienen otros factores como: las ansiedades por la presencia del objeto, las ansiedades del objeto, el patrón de regulación mutua, los ritmos biológicos y el ajuste a los ciclos externos, etc.

Tipos de intervenciones terapéuticas desde el modelo espacio-temporal

Es importante distinguir cuándo mostramos implícitamente el e-t mental en el que transcurren las relaciones intra e intersubjetivas del paciente —a través de una actitud terapéutica de tiempo recobrado— de cuándo interpretamos las vivencias que pueda tener respecto al e-t físico. Además es importante saber captar cómo son las relaciones en cada tipo de e-t mental y el tipo de intervención que pueda ayudar al paciente a ampliar las dimensiones espacio-temporales.

Para saber encontrar en el aquí y ahora de la terapia, el tipo de intervención que puede favorecer tanto el acceso a un e-t tridimensional como la identificación introyectiva de la función de tiempo recobrado por parte del paciente, es vital primero saber identificar el tipo de discurso y vivencia emocional, enmarcada en un e-t mental determinado, de los padres (del progenitor más influyente en el desarrollo del niño, también de los hermanos y del grupo familiar). Por ejemplo, un discurso parental pesimista, los enfados inacabables, el resentimiento, el discurso parental determinista y de *après-coup* («ya te lo había dicho», «esto te pasa por no hacerme caso en lo que te digo», etc). El sentimiento de impotencia invasivo en cierto tipo de pacientes, el abandono, la falta de previsión y de cuidado personal puede provenir, entre otras causas, a veces de un tipo de discurso parental como el anteriormente descrito, que acaba creando un e-t mental en el que todo está ya predeterminado, y por lo tanto no vale la pena hacer nada porque no se puede cambiar. No obstante, sólo será verdaderamente catastrófico para el sujeto, si el discurso se da dentro de un e-t bidimensional del que no se puede salir, es decir totalitario («o estás siempre conmigo o estás en mi contra»). Un bello ejemplo de transmisión de esperanza y que por tanto

implica un tiempo recobrado, lo explica Hugo Bleichmar en alguno de sus trabajos. Nos habla de un paciente judío que sobrevivió al holocausto, que recordaba con agradecimiento como su padre les infundió esperanza a él y al resto de su familia, cuando al tener que huir por separado de la Alemania nazi les dijo que se reunirían en Nueva York un día concreto, a una hora concreta y en una determinada esquina de la ciudad. En este caso e-t físico y e-t mental casan a la perfección, son una promesa y una apuesta por la vida.

En el ámbito de la técnica, quizás, la idea principal de la perspectiva espacio-temporal sería que todo aquello que le interpretamos al paciente debe ser hecho teniendo en cuenta que no se trata de coordenadas fijas, por mucho que lo pueda parecer a veces. Por ejemplo, si aparece mucho la envidia en un determinado paciente, creo que es más adecuado verlo como un problema de no progresión en el e-t mental. Hay pacientes que se han quedado con la idea de ser personas envidiosas; esta idea puede llegar a estar tan arraigada y extendida en su manera de observarse, que interpretan sentimientos distintos también como envidia. El siguiente ejemplo es de una paciente que tiene este tipo de mirada autocrítica:

—Se trata de una mujer con tendencia a establecer relaciones simbióticas, con grandes dificultades en el sistema de apego. Me explica un día que ha sentido mucha envidia al cruzarse por la calle con una chica que llevaba una carpeta, porque entonces ha deducido que está estudiando, cosa que ella no pudo acabar de hacer. Me dice que siente mucha rabia y envidia. En otras ocasiones similares le había valorado que fuera capaz de admitir dichos sentimientos dolorosos. Pero poco a poco fui viendo que esto, lejos de ayudarla lo que hacía era confirmarle su mala autoimagen. De esta forma fui entendiendo que en realidad no se trataba de un verdadero *insight*. Así pues le dije a la paciente que yo no creía que ella fuera una persona envidiosa, ni rabiosa, sino que lo que me parecía que le había pasado con la chica de la carpeta era que había sido capaz de diferenciarse, de valorar algo que ella no tiene y de sentir el dolor de dicho reconocimiento. Lo que faltaría —y por esto creo que me lo trae a la sesión— es sentirse valiosa por ser capaz de apreciar algo que siente bueno del otro, que le hubiera gustado poder desarrollar y que no pudo hacerlo.

Pero —y aquí interviene decisivamente la configuración espacio-temporal— como la paciente no ha podido desarrollar suficientemente



un e-t mental tridimensional, donde verse a sí misma reconociendo lo bueno del otro, le resulta imposible sentirse valiosa, porque en el e-t bidimensional si otro tiene una cosa buena, o te quedas fusionado al objeto o sino tú tienes lo malo.

Creo que esta manera de entender la psicología y la psicopatología humanas es más útil y más ajustada al transcurrir de la vida física y psíquica, ya que siempre hay movimiento; la quietud absoluta sólo se da en la muerte. No pretendo afirmar con ello que tengo una idea de desarrollo natural espontáneo, que no debe ser coartado (Winnicott), sino que lo que expongo es que las relaciones nunca son estáticas. Toda interpretación que se haga partiendo de un e-t absoluto es una interpretación que fuerza al sujeto a identificarse con ella, o a sentirse excluido y criticado por resistirse; por esta razón considero especialmente peligrosos el modelo kleiniano si desde él se recurre continuamente a la interpretación de los aspectos negativos del paciente, ya que si las relaciones intra e intersubjetivas se desarrollan en el citado e-t mental, crearán iatrogenia y el paciente confirmará sus peores temores. Es decir, pensará que lo que le pasa es debido a que él es una persona rabiosa, envidiosa, etc. Por el contrario, desde el enfoque relativista del e-t mental, siempre tendremos en cuenta que cuando interpretamos algo que sentimos adecuado y esperamos sea de utilidad para el paciente, si no responde cómo esperábamos no tenderemos a interpretarlo como un ataque a nuestra creatividad, sino que la actitud que nos guiará —haya o no envidia— será la de intentar entender por qué el paciente nos siente tan lejanos y preguntarnos qué otra cosa esperaba. Esto no quiere decir que estemos equivocados, a veces se tratará de un fallo en el *timing* y otras será simplemente inevitable, forma parte del proceso. En mi opinión, es un error convertirlo en un ataque envidioso y esperar a que esto ponga en marcha la reparación ya que, según mi experiencia, esta dinámica acaba creando —sobre todo en los pacientes más frágiles— una mala autoimagen y una confirmación de cómo se sienten ya de inadecuados, malos e inferiores, quizás repitiendo lo que otros ya les han hecho sentir.

Consideraciones técnicas desde la perspectiva espacio-temporal

1. Evitar todas aquellas intervenciones que hagan una definición estancada del *self* del paciente, sobre todo, está claro, si son negativas. Ejemplos:

«usted es una persona rabiosa», «eres hipersensible», «no tolera bien las frustraciones», «es pesimista», «ve siempre aquello que le falta». A pesar de que este tipo de intervenciones son bastante frecuentes, si lo pensamos detenidamente muchas veces está más en relación con un afecto contratransferencial negativo. Muchas veces resulta inevitable ya que forma parte del proceso de entrar en el e-t bidimensional de relación y de la búsqueda de una salida. En este sentido hay que procurar situar aquello que le decimos al paciente en el e-t mental de la relación: «ahora que yo le he dicho... se ha sentido herido y ha reaccionado con rabia».

2. Ayudar al paciente a comprender, que el hecho de experimentar un sentimiento negativo no es el problema, sino el no poder evitar quedarse atrapado, y que esto debe provenir, en parte, de situaciones importantes de su vida, en las que al expresar dichos sentimientos no se sintió aceptado o ayudado a superarlos, provocándole una disminución de su autoestima. Un sentimiento natural de enfado ante una actitud del objeto de incompreensión se puede convertir en odio si la incompreensión es permanente en el tiempo. En este caso lo psicopatológico no es el odio, que puede ser una respuesta natural al ser tal vez la única posible en ese momento, sino que lo patógeno sería el estancamiento en un tipo de relación colusiva. Por ejemplo si el objeto reacciona como si el odio fuera absolutamente destructivo y el sujeto se contraidentifica proyectivamente
3. Es importante considerar la expresión de sentimientos por parte del paciente como una oportunidad que nos ofrece para entenderle y ayudarlo. Incluso puede ser una oportunidad para que vea nuestras limitaciones al no entenderle, reconociéndoselo en lugar de hacerlo sentir mal, dándole la oportunidad de que nos ayude a entenderle mejor, (Winnicott). De esta manera nos otorgamos un e-t mental de pensamiento y duda que permite crecer.
4. Resulta interesante estar atentos en el discurso del paciente a lugares físicos, referencias explícitas al tiempo físico, tiempos verbales que nos puedan dar una idea del tipo de e-t en el que se mueve o está atrapado, etc. Por esto es importante la asociación libre del terapeuta ya que nos movemos dentro del ámbito de lo simbólico.
5. Referencias implícitas al espacio y al tiempo: se notan sobre todo en la reacción contratransferencial. Por ejemplo nos podemos



sentir encerrados, oprimidos, restringidos en nuestra posibilidad de pensamiento (e-t bidimensional que despierta una respuesta contratransferencial claustrofóbica); también nos podemos sentir controlados en lo que sentimos, cómo lo decimos, los gestos que hacemos, etc. (e-t bidimensional).

También debemos estar atentos a la cadencia en el habla del paciente, el ritmo del discurso, el tono de voz, etc. Por ejemplo si el tono de voz se va apagando o desencantando estará mostrando cambios en el tiempo mental, como en el caso de un paciente que empezara a elaborar un duelo.

6. Estar muy atentos a los momentos de cambio de e-t mental

El siguiente ejemplo puede servir para ilustrar un momento de cambio de e-t:

— Se trata de una paciente de unos 36 años, con un trastorno bipolar, que sigue viviendo con sus padres, y que sufrió un serio bloqueo del aprendizaje por un cúmulo de razones (traumatizada por burlas continuas de compañeros de clase y humillaciones por parte de un profesor en los primeros cursos de la antigua EGB, ante bloqueos que venían motivados por los celos a un hermano menor muy admirado, mientras ella era comparada negativamente por parte de su madre con el padre, hombre con serias dificultades emocionales, muy dependiente de su mujer). Durante los primeros años de la terapia dominaba en el discurso de la paciente la rabia contra una madre de la que, a la vez, no podía separarse.

En un momento avanzado de la terapia, cuando ya no se siente tan atada a su madre, ni tan sometida a un superyó muy cruel, me habla de un viaje que hará con sus padres las próximas vacaciones. Sus padres le pagan el viaje y esto a sus 36 años y con un trabajo precario la hace sentir muy dependiente. Hasta hace muy poco se sentía abrumada por sentimientos de vergüenza y humillación por su situación personal. Lo que noto distinto en este momento de la terapia es que además de dichos sentimientos también transmite cierta ilusión.

Se pueden ver sus dificultades para tener un tiempo recobrado que le permita acceder a un e-t tridimensional, en el hecho de no darse cuenta que está situándose como si aún fuera la niña-dependiente-sin-recursos que se sintió, y convirtiendo la situación futura del viaje en

la confirmación de este pasado presente.

Es decir, cuando ella dice: «...¿qué haré?, la gente me verá con mis padres y a mí me dará vergüenza... y no puedo hacer cosas sola...», lo que no ve es que esto ya está pasando en su cabeza. La oportunidad de ayudarla a hacer el paso del e-t bidimensional al tridimensional viene dada por la ambivalencia que siente respecto al crucero.

Mi intervención consistió en mostrarle que el problema no era que ella temiese sentirse, en el futuro viaje, sin recursos y despertando la burla de los demás, sino que lo verdaderamente importante era que esto estaba pasando ya en ese preciso momento en su mente. En consecuencia lo que la paciente no vive es que es una mujer adulta que va con sus padres porque le apetece y le hace ilusión. Le dije también que cuando ella dice que los demás se preguntarán con desprecio o burla: ¿qué hace esta chica con sus padres?, no deja lugar a la oportunidad que piensen con interés: ¿quién debe ser esta mujer?...

En este caso se trata del e-t del trauma y el resentimiento. El e-t mental más conectado con su realidad adulta queda invadido por uno del pasado, debido a que las ansiedades de separación y la pasada predominancia de los mecanismos de identificación proyectiva y de relación fusional con la madre, no son aún diferenciados de las ansiedades, igualmente presentes, pero más conectadas con su realidad actual (ansiedades de separación por las vacaciones del terapeuta, también las que siente respecto a sus padres por crecientes deseos de autonomía, deseo de tener pareja, sentimientos de soledad, angustia por el envejecimiento de los padres que siente repentino debido a que al entrar en el e-t tridimensional el tiempo deja de estar parado, duelo cada vez más evolucionado de la omnipotencia).

En la sesión siguiente la paciente viene contenta (hecho excepcional hasta el momento). Me explica que le ha ido muy bien esto de entender que se coloca únicamente como hija de sus padres, como hermana de su hermano, etc. Está contenta porque pudo llamar a una amiga y explicarle con auténtica ilusión que se iría de viaje con sus padres: «[...] no lo decía obligada o haciendo ver que estaba contenta como hacía antes [...]».

7. Es importante diferenciar cuándo el paciente está atrapado en un pasado traumático, como era el

caso de la paciente anterior, de cuándo el paciente habla de un pasado y se nota una evolución o elaboración, o un reconocimiento de unas limitaciones que realmente no puede superar.

8. Se puede percibir fallos para acceder al e-t tridimensional cuando el paciente, ante las angustias de un vínculo más maduro, retorna al e-t bidimensional. Esto puede captarse, a veces, a través de comentarios banales sobre el tiempo físico, hasta el punto de convertir las angustias respecto al tiempo mental en comentarios sobre el tiempo meteorológico (de hecho las angustias claustroagorafóbicas que se dan en los ascensores generan frecuentes alusiones al tiempo metereológico). También se puede ver la dificultad para acceder al e-t tridimensional, cuando el paciente entra en un discurso de un pesimismo catastrófico, es decir un discurso en el que el tiempo lleva irremisiblemente a la muerte psíquica, enmarcado por una lógica determinista.

Francesc Vieta Pascual
c/ Balmes, 313, entlo 1^a
08006 Barcelona
psicovieta@hotmail.com

Bibliografía

- AMIS, M. (1991). *La flecha del tiempo*. Barcelona: Anagrama, 1993.
- ALMENDRO, M. (2002). *Psicología del caos*. Vitoria-Gasteiz: Ed. «La llave de D.H.»
- BLEICHMAR, H. (2001). «El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes». *Aperturas Psicoanalíticas*, 9, www.aperturas.org
- BLEICHMAR, S. (Comp.) (1994). *Temporalidad, determinación, azar: Lo reversible y lo irreversible*. Barcelona: Paidós.
- CAPARRÓS, N. (1994). *Tiempo, temporalidad y psicoanálisis*. Madrid: Quipú ediciones.
- CASTELLANO-MAURY, E. (2002). «Actualidad, temporalidad». *Rev. de Psicoanálisis de la Asoc. Psicoanalítica de Madrid*, 37, 55-72.
- CONSTANTE PEREIRA, R. (2004). «Sin tiempo - sin pecho: la difícil tolerancia al dolor depresivo». *Anuario ibérico de Psicoanálisis*, VIII, 104-114.
- COOPER, S. (1997). «Interpretation and the psychic future». *Int. J. Of Psychoanal.* 78, 167-681.
- COURNUT, J. (2002). «El sentido del après-coup». *Rev. de Psicoanálisis de la Asoc. Psicoanalítica de Madrid*, 37, 21-28.
- DENIS, A. (1995). «Temporality and modes of language». *Int. J. Of psychoanal.* 79, 1109-1119.
- DOSSEY, L. (1982). *Tiempo, espacio y medicina*. Barcelona: Kairós, 1999.
- ESCRIVÁ, A. (2002). «Sobrevivir al tiempo de la sexualidad infantil». *Rev. de Psicoanálisis de la Asoc. Psicoanalítica de Madrid* 37, 55-72.
- FINK, K. (1993). «The bi-logic perception of time». *Int. J. of psychoanal.* 74, 303-312.
- GREEN, A. (2000). *El tiempo fragmentado*. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- GREEN, A. (2000). *La diacronía en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu, 2002.
- GRINBERG, L., GRINBERG, R. (1980). *Identidad y cambio*. Barcelona: Paidós.
- GRINBERG, L., GRINBERG, R. (1980). «Modalidades de relaciones objetales en el proceso psicoanalítico». *Boletín de la Asoc. Psicoanalítica de Madrid*.
- GRINBERG, L., SOR, D., TABAK D. BIANCHEDI, E. (1991). *Nueva introducción a las ideas de Bion*. Madrid: Julián Yébenes ed.
- HAWKING, S. (1988). *Historia del tiempo ilustrada*. Barcelona: Crítica, 1996.
- HONDERICH, T. (Editor) (1995). *Enciclopedia Oxford de Filosofía*. Madrid: Tecnos, 2001.
- HORNSTEIN, L. (2003). *Intersubjetividad y clínica*. Barcelona: Paidós.
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J-B. (1968). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor, 1983.
- LOPEZ-CORVO, R. E. (2002). *Diccionario de la obra de Wildfred R. Bion*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- MARRONE, M. (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- MARTÍNEZ IBÁÑEZ, J. J. (2004). «El crecimiento mental y la temporalidad». *Anuario Ibérico de Psicoanálisis*. VIII, 57-81.
- MÉLICH, J. C. (2002). *Filosofía de la finitud*. Barcelona: Herder.
- PALLY, R. (1997). «Memory: brain systems that link past, present and future». *Int. J. of psychoanal.* 78, 1223-1234.
- PEREIRA, F. (2004). «Tiempo y temporalidad en Psicoanálisis: procesos de subjetivación, procesos de desubjetivación». *Anuario Ibérico de Psicoanálisis*. VIII, 13-56.
- POL, M., CAMON, R. (2004). «Viviendo dentro del reloj sin horas». *Anuario Ibérico de psicoanálisis*. VIII, 147-160.
- PRIGOGINE, I. y otros (1998). *Ilya Prigogine: el tiempo y el devenir*. Barcelona: Gedisa, 2000.
- PRIGOGINE, I. (1998). *El nacimiento del tiempo*. Barcelona: Tusquets, 1991.
- PROUST, M. (1919-1927). *En busca del tiempo perdido. 7 el tiempo recobrado*. Madrid: Alianza, 1996.
- ROF CARVALLO, J., DEL AMO, J. (1986). *Terapéutica del hombre. El proceso radical de cambio*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer.
- ROSEMBERG, B. (2002). «Tiempo e historia: su relación con el trabajo psíquico y las pulsiones». *Rev. de Psicoanálisis de la Asoc. Psicoanalítica de Madrid*, 37, 29-37.
- SABBADINI, A. (1989). «Boundaries of timelessness. Some thoughts about the temporal dimentional of the psychoanalytic space». *Int. J. Psychoanal.* 70, 305-313.
- SANDLER, A. M. (2002). «El pasado en el presente». *Rev. de Psicoanálisis de la Asoc. Psicoanalítica de Madrid*, 37, 73-86.
- SARFIELD CABRAL, F. (2004). «Los temp(1)os del tiempo». *Anuario Ibérico de Psicoanálisis*. VIII, 161-172.



- SCHOFFER KRAUT, D. (2002). «La temporalidad en Psicoanálisis». *Rev de Psicoanálisis de la Asoc. Psicoanalítica de Madrid*. 37, 87-114.
- SEGAL, H.(1991). *Sueño, fantasma y arte*. Buenos Aires: Nueva visión, 1995.
- SWAIN, H. (2002). *Las grandes preguntas de la ciencia*. Barcelona: Crítica, 2003.
- VÁZQUEZ MEDEL, M. A. (2003). *Teoría del emplazamiento: aplicaciones e implicaciones*. Sevilla: Alfar.
- WILBER, K., BOHM, D., PRIBRAM, S., KEEN, S., FERGUSON, M., CAPRA, F., WEBER, R., y otros (1978). *El paradigma holográfico*. Barcelona: Kairós, 2001.

