

TEMES D'ESTUDI

ELABORACION TERAPEUTICA DE LO IRRACIONAL

Luis Cencillo
y Ramirez-Montesinos

«Fundacion Cencillo de Pineda»

Los psicoterapeutas o terapeutas de la conducta no disponen todavía —como los fisioterapeutas y los médicos— de una anatomía ni de una microbiología del psiquismo (es decir, del repertorio completo y básico de los factores sobre los que hay que actuar). Lo más paradójico resulta en todo ello el hecho de que tampoco tengan demasiado interés en ampliar el conocimiento de este repertorio, y cada escuela constituya su identidad en manejar el menor número posible de factores, de parámetros y de niveles. Por eso se dan tantos casos de terapias de eficacia muy limitada.

La conducta —para referirnos a los aspectos observables de la vida psíquica— presenta un trasfondo *significacional* (e incluso simbólico) que conocen y manejan muy bien las técnicas de marketing y de imagen (y que tienden a menospreciar los psicólogos clínicos), pues en realidad toda conducta se nutre de un fondo irracional y afectivo y se juega simultáneamente en tres niveles cualitativamente diversos:



- a) Práctico-social.
- b) Emocional-subjetivo.
- c) Significacional-expresivo.

Por puntual y mínimo que sea un segmento de conducta (o una acción, una relación o el «estar» simplemente en un espacio social o tender a una meta), la conducta no se limita a gestos e intenciones racionales, sino que intervienen otras variables, que no por no ser sensorialmente observables dejan de ser reales y de intervenir directamente en el «acto-social-total» (según Mauss), lo mismo que la expresión de un rostro nunca se reduce a la suma de rasgos físicamente descriptibles.

Los trasfondos emocionales y significacionales de la conducta (repárese por ejemplo en que los gestos, los modos de andar, de moverse o de hablar, carecerían de sentido y de significado si se ignorase a qué apuntan, qué tipo de intenciones suelen manifestar, bajo qué emociones se halla el agente, etc.) tienden a externalizarse constantemente en forma de *enunciados y modos de proferirlos* en el habla, en forma de *silencios* y bloqueos, en forma de *actitudes* del cuerpo o, al menos, de cabeza y manos, en forma de *somatizaciones*, en forma de *distorsiones de la percepción sensorial*, en forma de *fantasías* y, entre éstas, en forma de *sueños*.

Se podría establecer el principio de que toda conducta humana, segmento de la misma o acción, por simple que sea (beber, comer o defecar) nunca se reduce el gesto o gestos prácticos, sino que expresa algo más. Esto es precisamente lo que constituye la patología de la conducta *observable* (lo mismo que la patología de los tejidos y de los órganos está siempre ocasionada por factores *microbiológicos* actuantes, que son también observables, pero *no a simple vista*, sino por procedimientos muy sofisticados a veces).

La «microbiología» de los segmentos conductuales consiste en este trasfondo emocional-significacional (o simbólico) que motiva o acompaña toda acción, reacción o modos de realizarlas y de vivenciarlas cada sujeto. Y empeñarse en valerse solamente de lo macroscópicamente observable equivale exactamente al fallo que cometería la exploración médica si nunca tuviese en cuenta los factores microbiológicos (mediante análisis técnicos), sólo porque no son obviamente observables.

El cliente que viene a un psicólogo (sea por problemas emocionales, por dificultades en las relaciones de pareja o en busca

Pues bien, el único procedimiento de *modificar esa conducta* distorsionada no puede quedar sólo en una «gimnasia» extrínseca de reacciones y actuaciones impuestas por el terapeuta, sino que, si no ha de ser un «parche», ha de llegar a modificar los *modos de vivenciar, los procesos de motivación* y las inversiones *emocionales, significacionales y simbólicas* que el agente realiza constantemente efectúa acerca de los objetos de su deseo, de los elementos de su situación y de los interactuantes en su praxis.

Para ello hay que explorar ese «humus» adquirido en toda la existencia pasada y esos modos «aquí y ahora» de afectarse, así como las estructuras rígidas o demasiado fluxas de su mente y de su personalidad. Pero todo ello consiste en *huellas emocionales recurrentes*, «fantasmas» infantiles vigentes y cadenas simbólicas cominantes.

Estas cadenas simbólicas tienen tal importancia que en lenguaje y su uso (la capacidad estilística y poética por ejemplo) actúan de base y de repertorio. Pero sus efectos no se agotan en el lenguaje social, sino que vienen a constituir el «lenguaje» personal, desde el que se conoce, se elaboran las vivencias y se expresan los deseos y las intenciones más personales. Por eso si ese lenguaje no funciona adecuadamente, la conducta resulta *patológica* en algún grado.

Pero el paciente es un libro abierto, pero en clave (o simplemente escrito en un alfabeto que no es el nuestro), por todos sus poros «habla» y se expresa y trata de traernos a los terapeutas su confusión o sus imbricaciones internas de factores heterogéneos. No se trata tampoco de «analizar» (como erróneamente supuso Freud de una terapia más profunda) busca nuestra ayuda profesional siempre porque no comprende o está desconcertado acerca de todos los oscuros factores que se mezclan y se contradicen en sus vivencias, sus decisiones (o bloqueo de tales), sus sentimientos y las contradicciones que encuentran sus esquemas mentales y prácticos con los procesos objetivos de la praxis social (las gentes no reaccionan como él espera y no controla el procedimiento para obtener los efectos apetecidos). Y todo ello sucede porque desconoce todo el material dinámico que subyace a su conducta y a sus vivencias pre y postconductuales (la conducta no surge de la nada, sino de un *humus* anterior, emotivo-pulsional y apunta a unos efectos, que no se producen o se producen al contrario de lo previsto).

y su escuela, y ésta ha seguido perpetuando, de una manera un tanto «cognitivista» o racionalista, como único modo de terapia «profunda»). En una terapia dinámica (o como nosotros la denominamos ya: en una dialysis = «disolución a través»), de lo que se trata es de que el paciente deposite, en el «aquí y el ahora» de la sesión o de la consulta (puede venir a consultarnos pocas veces).

- Su confusión.
- Su angustia.
- Su pasado y sus expectativas de *futuro* (cosa que olvidó Freud).
- Sus miedos.
- Sus fantasías, o
- su mismo «ser» o «estar» contradictorio (vivencialmente contradictorio para él mismo).

Y, habiendo ido depositando todo ello (o algo de ello) poder ir, ayudado por el terapeuta, coelaborando racional-emocionalmente «eso» (todo «eso» que ha venido depositando «aquí»).

No se trata, pues, ni de ensayar cómo se siente ante situaciones temidas o esperadas, pues para la comprensión de estas reacciones faltan los «eslabones» sumergidos que contienen la explicación de los temores, de las fobias o de las filias y fijaciones (no pocas veces parafilias). Tampoco el «aquí» lo entendemos como ciertas escuelas que prescinden de gran cantidad de información (del pasado, de las expectativas de futuro, cuestión de suma importancia, o del mundo fantástico de los sueños), sino que lo entendemos como la consideración y la vivencia de todo ese material *en el momento actual* de su acción o presencia en el ánimo del paciente (por ejemplo, no es de tanto interés lo que «pasó» en un tiempo remoto cuando lo que él recuerda o cómo sigue actuando su huella «aquí y ahora»).

Ahora bien, la única manera obvia de explorar el trasfondo emocional, significacional, pulsional (junto con sus *barreras y canalizaciones*) y simbólico del paciente consiste en descubrir la trama de imágenes sobre determinadas que opera en su vida subconsciente, íntima o irracional (lo racional ha sufrido ya una elaboración subjetiva que no sirve en orden a tal exploración), imágenes de la fantasía indisolublemente asociadas a *deseos, afectos, vivencias* (sobre todo del pasado) e *intenciones*.

Esta trama simbólico-afectiva encierra la clave de todas las patologías de la conducta (no fisiológicamente determinadas, que son las menos). Por eso cuanto el *discurso, el habla, las asociaciones, las fantasías, los gestos* y otras manifestaciones del paciente sean más irracionales y menos conscientemente controladas, tanto más revelarán en estado puro la dinámica subyacente a su conducta desajustada.

El material más irracional de todo este repertorio, el más espontáneo e intacto (de elaboración racional o consciente) son los sueños.

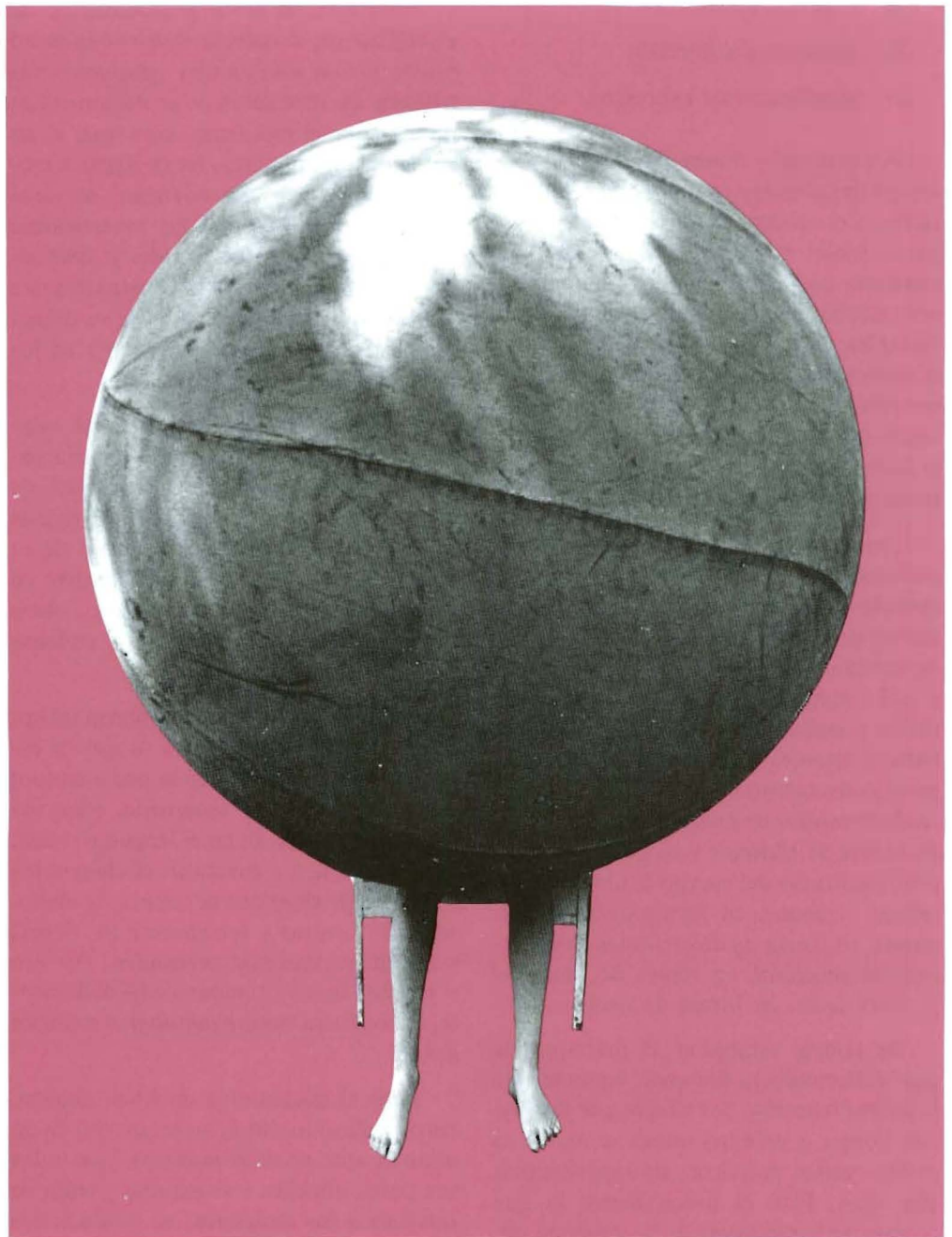
* * *

La capacidad de soñar constituye el *scanner* más fiable del «organismo psicofísico» de cada paciente y de sus ritmos vitales. Y como es un método indirecto, su dificultad es *saber leerlo* (lo mismo que un electroencefalograma nada dice a quien no está en posesión de sus claves hermenéuticas).

La gran dificultad con que se ha venido tropezando es precisamente esta carencia de claves, y Freud y Jung son quienes más han contribuido a *desorientar* los intentos de interpretación, pues ellos «ya sabían» lo que los sueños tenían que decir y proyectaban en ellos sus apriorismos. Actualmente se tiende a considerarlos «desechos» de la vigilia, pero se olvida al decir lo que la medicina precisamente recurre a las deyecciones y «restos» fisiológicos y toma muestras de los fluidos del cuerpo para ser más precisa en sus diagnósticos...

Podríamos definir los sueños como *emergencias espontáneas en estado puro del juego de fuerzas no controlables, en vista de los impactos y reacciones que la realidad suscita, y del estado de las estructuras básicas de la personalidad*. Así concebidos, constituyen un medio indispensable para hacerse cargo del núcleo del caso que se trata. Y desde luego, por muy motivada que haya estado la formación de un sueño por razones fisiológicas o circunstanciales concretas, siempre se puede en él y en su montaje —por muy intrascendente que parezca— «leer» alguna clave del estado subjetivo, afectivo y básico del sujeto que lo recuerda, pues en todos los sueños siempre se está expresando, de modo *incontrolable e infalsificable* los modos de vivenciar y de ser afectado, o los estados de energía y de pulsionalidad, del que sueña.

En la constitución o montaje de cada sueño cooperan los siguientes elementos:



- Un estado determinado pulsional, afectivo o existencial.
- Una situación en la que se está y que afecta.
- Unas cadenas simbólico-sémicas por las que suelen filtrarse habitualmente las vivencias, las impresiones y los afectos.
- Una composición semiótica u organización de imágenes expresivas.
- Unas tendencias, intenciones o enfoques.
- Una identidad del soñante.
- Un modo de recordar.
- (Cuando se trata de emplearlo en la terapia): un modo de relatarlo.

No se trata de que se relate fielmente lo que realmente se soñó, sino que lo soñado, su montaje, lo que después se recuerda y el modo cómo se relata constituye el discurso al relatarlo forman el «material» total del análisis del sueño. Pero lo más importante en ello podría decirse que casi no es el sueño en sí, sino las *emociones* que al soñarlo y al relatarlo se susciten, las *pistas* que descubre (incluso las somatizaciones que produce algunas veces) y, sobre todo, las reacciones que ulteriormente va produciendo el haberlo soñado, recordado y analizado (o comprendido lo que estaba queriendo significar).

En su montaje se sirven los sueños de toda clase de elementos (y esto ya constituye un principio de clasificación): recuerdos del día (llamado tradicionalmente

«material diurno»), recuerdos del pasado (material «mnémico»), imaginaciones y fantasías y representaciones abstractas (no pocas veces incluye incluso información de la publicidad: figuras de famosos, de políticos o de la Historia conocida). Pero por supuesto, cuando un sueño aparece como más irracional, incongruente con la realidad vivida o fantástico suele ser más significativo de elementos o estados más radicales, básicos o «profundos». Los mecanismos y factores que verdaderamente intervienen en los modos de afectarse o de reaccionar, desde el fondo más arcaico o infantil de la personalidad, no suelen hacerse patentes sino en y por los sueños.

Y los contenidos que en ellos se afloran son de cuatro clases:

- **Radicales** (el fondo del psiquismo se halla en contacto inmediato con el juego de fuerzas del mismo y con los estímulos y factores de la situación real y del entorno).
- **Pulsionales** (los impulsos más o menos «reprimidos» u ocultos y camuflados para la conciencia, se manifiestan en estado puro al cesar este control consciente).
- **Emocionales** (igualmente sucede esto con las emociones y afectos: lo que el sujeto ni siquiera se confiesa a sí mismo, aparece más o menos patente en los sueños).
- **Sémicos** (el repertorio de símbolos y de significantes de los que se nutre la vida interior y la ideología del soñante, casi siempre en relación contradictoria, complementaria o paradójica con sus impulsos y con su percepción «radical» de la realidad).

De aquí que haya sueños de una enorme riqueza de información por los niveles, las relaciones entre ellos y las contradicciones entre unos y otros factores que en ellos se expresan. Pueden, además, significar otra serie de particulares relacionados con todo lo anterior:

- Lo que en realidad le esté pasando al soñante (descubierto por la función «radical» de su psiquismo).
- La impresión que realmente le está produciendo lo que pasa.
- El futuro ya incoado, o las expectativas de futuro.
- Intenciones y actitudes básicas.

- Las estructuras de situación y de personalidad.
- El pasado en retención todavía operante.

Los sueños constituyen un texto, cuando menos, o una alegoría, o un jergológico. Pero hay que conocer el alfabeto y la gramática para descifrarlos. El gran defecto de Freud y de Jung (y en su tanto el de Adler y Boss) fue creer que la misma gramática (y el mismo diccionario, el de cada uno de tales autores) servía para todos. También fue defectuoso suponer que el terapeuta «se sabía» ya lo que los sueños tenían que significar y a qué código obedecían, cuando es muy lógico que los sueños de cada paciente expresen estados y relaciones distintas y se organicen semióticamente según códigos diferentes, propios de cada persona. Tal suposición enteramente gratuita ha sido el error inicial de Freud, que bloqueó toda la «interpretación de los sueños» posterior. Por eso hoy hay muchas escuelas que no los valoran: no porque ellos no sean de utilidad, sino porque al equivocarse las claves de su interpretación se los *inutiliza*.

* * *

Por lo tanto, la cuestión básica para que los sueños sirvan (no sólo en las terapias, sino al intentar explorar los problemas que algunos clientes y parejas traigan a la consulta) es las pautas hermenéuticas—no ya para su «interpretación», que es lo de menos, sino para su *asimilación emocional*.

Los sueños no sólo descubren intelectualmente los trasfondos complejos de la vida psíquica en un momento dado de la terapia o de la vida, sino que ayudan a asimilar factores de la situación, de la terapia o del propio carácter, al ser *oníricamente vivenciados*, o al comprender el «comentario» que de ellos van haciendo los sueños. Hay, pues también, un «efecto corrector» de los sueños...

Las pautas a las que nos referimos—expuestas y comentadas en *LOS SUEÑOS: FACTOR TERAPICO* (Madrid, Marova, 1982)—son por lo demás de «sentido común»:

1. **Dejar que cada sueño exprese lo que expresa** (sin proyectar sentidos desde nuestro *a priori* de escuela o de personalidad). Exactamente es lo que se hace cuando se lee bien.
2. **Proceder de lo más cierto a lo más**

dudoso (sin ponerse a especular desde el primer momento acerca de los elementos simbólicos). Exactamente como se procede al resolver problemas matemáticos.

3. Buscar ante todo el código en el paciente: en sus asociaciones, su memoria y sus reacciones afectivas, no en la imaginación del terapeuta (o en la historia de los mitos). Es lo que se hace al traducir un texto (se acude al diccionario del país de procedencia, no al de otro país o lengua).
4. No forzar los significados: si en el «análisis» (y mejor aún: *colaboración* de la interpretación de un sueño no se llega a ningún resultado convincente de momento, el sueño «se aparca» y se espera a que, con el *contraste de sueños sucesivos* (en los que los símbolos del primer sueño suelen ir recibiendo una explicación, o se les ve jugar en otros contextos), los significados se aclaren.
5. Proceder—en sueños complejos y que parecen transmitir significados importantes para la terapia o el diagnóstico—tratándolos según las siguientes técnicas y por este orden:

A. T. **Temática:** al comenzar determinar bien los «temas» que objetivamente se muestran en ellos (como puede hacerse con cualquier producto musical o literario: los hay monotemáticos y otros que combinan diferentes temas: agónico, erótico, diurno, profesional, mítico, sacral, anatómico, familiar, etc.).

B. T. **Vivencial:** especificar las vivencias que se suscitaron o se suscitan al relatar el sueño, en el paciente: *sentimientos, recuerdos, asociaciones*. A veces los afectos concomitantes se hallan en clara contradicción con los temas del sueño, y este contraste ya es «simbólico», es material analizable. En cuanto a ciertas imágenes que aparecen (personas o ambientes) no significan lo mismo que procedan del entorno cotidiano del soñante o que haga años que no ha tenido noticia de ellas (compañeros de colegio, de juventud, o parientes hace largo tiempo fallecidos). En estos casos hay que



suponer que expresan cualidades, sentimientos o situaciones o componentes psíquicos del mismo soñante, y hay que preguntarle por lo tanto *qué asocia a ellos*.

C. T. Reactiva: observar las reacciones que al soñar o al recordar se han producido en el estado de ánimo del paciente.

D. T. Estructural: supuestas las observaciones anteriores, estudiar la disposición estructural del sueño (y de la serie de varios sueños de la misma noche o semana), pues aunque los temas y las reacciones cambien, las estructuras suelen ser idénticas: relaciones de «dentro/afuera», «arriba/abajo», planos de profundidad o de lejanía (en la visión misma de la escena del «sueño» y contrastes de «viejo/joven», «sano/enfermo», «limpio/sucio», «pobre/rico», etc. O secuencias de aparición de las imágenes, o tipos de animales, o contraste entre éstos y personas, o estado y disposición —repetitivos— de la indumentaria, etc. En todos estos casos lo verdaderamente significativo no son ya los símbolos clásicos, sino la forma y el modo de «montarse» cada sueño. Y ello suele ser lo más «profundo» de todo.

E. T. Jeroglífica: en el caso de sueños tan incongruentes que ni siquiera presentan alguna estruc-

tura detectable, ni tampoco símbolos sino que suelen constar de imágenes, ambientes y utensilios domésticos o profesionales, familiares al paciente, suele bastar la traducción de las imágenes a sus denominaciones más obvias para que resulten enunciados cargados de significado para el soñante e impactantes (es un efecto realmente increíble, pero frecuente).

F. T. Simbólica: una vez que se han compulsado todos los factores anteriores, ya puede procederse a examinar lo que ciertas *imágenes sobredeterminadas* por la tradición y la literatura simbolizan, pero no antes.

La razón es obvia: aunque hay imágenes como el Mar, la Cueva, la Serpiente, la Cima, la Espada o la Escalera, etc., que suelen tener significados bastante constantes, resulta bastante peligroso «avanzarse» como hacen algunos sobre ellas, al interpretar, porque, una vez literalmente «encariñados» con el significado simbólico que a cada terapeuta le transmiten esas imágenes, será muy difícil ser *objetivo* para hacerse cargo del conjunto de todo el sueño (que es lo que hay que interpretar, *no cada símbolo*). Sería proceder como los malos traductores que se abalanzan sobre el diccionario a «buscar palabras», antes de cono-

cer la *estructura sintáctica* de la frase, y así, encariñados con un significado determinado de una palabra, violentan la estructura de la frase para que cuadre...

Hay símbolos bastante obvios, como el Mar o la Cueva, pero hay otros sumamente polisémicos, como la Serpiente o el Fuego, o el Anciano y la Anciana, que ha de ser el paciente y no el terapeuta quien ha de inclinarse por un significado o por otro.

Y al terminar este proceso de análisis hay que acabar preguntándole al soñante o al paciente «qué le dice» lo que de él se concluye, pues puede dejarle completamente frío (y entonces estaremos ante la *Verneinung* de que habla Freud en 1925, o, lo más probable es que hayamos hecho una construcción a nuestro gusto y no según los mensajes incontrolables que el paciente esté lanzando), o puede que, sin saber cómo, todo lo dicho le movilice, le angustie, le libere o le produzca alguna somatización, y en tal caso, aunque todavía no se sepa qué ni cómo, habremos obtenido una pista muy válida en la exploración de los factores y mecanismos que en su caso están en juego.

Puede que el procedimiento expuesto parezca, a primera vista, complicado, pero como todos los ejercicios necesita rodaje y una vez asimilado se sigue cuasi automáticamente y sin necesidad de pensar cada paso. Desde luego es el único que puede ofrecer *seguridad* y conducir a resultados suficientemente ciertos. Todo lo demás es perderse en conjeturas. Por eso los sueños no se valoran por la mayoría de los terapeutas actuales.

Pero en materia tan oscura como es la exploración de los mecanismos determinantes de los trastornos de personalidad y de su modificación, sería un lujo que no podemos permitirnos prescindir de un material tan directo como el de la información que suministra los mensajes (o emergencias) que los sueños producen.

BIBLIOGRAFIA

- LUIS CENCILLO: *Los sueños: Factor terapico*, Marova, Madrid, 1982.
- LUIS CENCILLO: *La práctica de la Psicoterapia*, Marova, Madrid, 1982.
- LUIS CENCILLO: *Interacción y conocimiento*, 2 vols. Amarú, Salamanca, 1988.
- LUIS CENCILLO: *Transferencia y sistema de Psicoterapia*, Pirámide, Madrid, 1978.