

LA COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL EN EL PSICOANÁLISIS

Teresa Ciudad

Muchos psicoanalistas y neurocientíficos nos preguntamos respecto a las formas en las que llegamos a otros seres humanos, para comunicar estados de ánimo, deseos, afectos variados, y sobre todo, cómo llegamos para analizar y, producto de ese análisis, generar respuestas diferentes a viejos e irresueltos conflictos.

Sabemos que respecto al lenguaje hay mucho trabajado y muchas más preguntas que están a la espera de ser respondidas. **Joseph Le Doux** dice en “**El Cerebro Emocional**” (p.106) “Para algunas funciones mentales, como el lenguaje, el trabajo que los teóricos siguen enfrentando es, el de intentar comprender cómo esta función recayó en los humanos. Nuestra especie parece ser, la única dotada de un lenguaje natural. Así que la gran pregunta, en términos de origen es: de dónde evolucionó el lenguaje - cuáles fueron las fases intermedias por las que el cerebro pasó desde la transición de primates que no hablaban a primates con lenguaje”.

Pero ¿es sólo a través del lenguaje hablado que los humanos nos comunicamos? Haciendo la pregunta más específica a nuestra actividad como psicoanalistas, ¿es sólo a través del intercambio verbal que los procesos de análisis transcurren?

Propongo hacer una muy sucinta revisión de algunas ideas que **Regina Pally**, médico y psicoanalista, ha venido planteando al respecto, en sus artículos publicados por la Revista Internacional de Psicoanálisis desde el año 1997. También haré referencia a algunas ideas de **Joseph Le Doux** (“**El Cerebro Emocional**”, 1996) y **Antonio Damasio** (“**Sentir lo que Sucede**”, 1989) Expondré además algunas reflexiones de un caso clínico de análisis en el que la comunicación discurrió, en los primeros tiempos principalmente por vías no verbales.

En un primer artículo que data de junio de 1997 (*International Journal of Psychoanalysis*), **Pally** desarrolla algunas ideas sobre cómo el desarrollo cerebral descansa en parte en programas genéticos, pero depende fuertemente de las experiencias del individuo con su ambiente. El reconocimiento del marcado grado en el que, el desarrollo del cerebro es dependiente de la experiencia, es un ejemplo notorio de cómo las neurociencias pueden estar integradas con el psicoanálisis.

Pally parte reconociendo que la arquitectura y organización del cerebro es producto de la evolución, que nos indica que el cerebro humano ha desarrollado y se ha expandido, a la vez que ha conservado los trazos de tres antepasados de la evolución: los reptiles, los mamíferos primitivos y los primates. Como resultado de la evolución natural, nuevas estructuras cerebrales que pueden llevar a cabo funciones más adaptativas, son añadidas e integradas con funciones más primitivas. Cada una de estas estructuras conforma circuitos, que están interconectados, a pesar de mantener su especificidad.

Una de las ideas eje es, que en el diseño cerebral existe un balance entre circuitos que han permanecido desde estos antepasados y que son por ello, menos plásticos hasta circuitos de una alta plasticidad. Casi como una regla, la mayor plasticidad existe en los circuitos cerebrales donde nuevas dendritas pueden crecer y nuevas conexiones sinápticas pueden continuar haciéndose a través de la vida. Para funciones corticales como el vocabulario o las matemáticas hay mucha plasticidad. Continuamos aprendiendo nuevas palabras para un mismo concepto y nuevas soluciones para un mismo problema. Estos circuitos están ubicados en el córtex y neocórtex. Sin embargo, los circuitos subcorticales (ubicados por debajo del córtex) emocionales, que se desarrollan en la infancia tienen menos plasticidad y, por lo tanto pueden tener un mayor efecto duradero en el subsecuente desarrollo psicológico.

A través del desarrollo, el córtex (que es la parte más evolucionada del cerebro) va adquiriendo la capacidad de modular las respuestas emocionales del sub-córtex. Admite, en coincidencia con **Joseph Le Deoux** que sin embargo, la amígdala (una estructura que se sitúa en las profundidades de cada lóbulo temporal y es indispensable para detectar el miedo en las expresiones faciales, para acondicionarse al miedo e incluso para expresarlo) tiene mayor influencia en el córtex, que el córtex en la amígdala, permitiendo que la excitación emocional domine y controle a veces, el pensamiento.

Somos sin embargo, seres en evolución, por lo que podría pensarse que si las conexiones corticales hacia la amígdala pudieran seguirse expandiendo, el córtex podría en el futuro, ganar mayor control sobre la amígdala, posibilitando a los futuros seres humanos un mejor control sobre sus emociones.

En el artículo que comentamos, **Pally** propone lo siguiente: dado que se sabe que el atender concientemente y verbalizar algo puede alimentar la activación cortical podríamos argumentar que, tratamientos como el psicoanálisis pueden

intensificar las funciones corticales y sacar ventaja de la plasticidad cortical para modular respuestas emocionales profundamente arraigadas.

Retomo entonces la pregunta que planteé al inicio. ¿Será que la verbalización es la vía por excelencia para comunicarnos?

En el año 1998, Pally publica “**El Procesamiento Emocional: la conexión Mente-Cuerpo**”. Plantea ahí que a la neurociencia le es vital entender la influencia inconsciente que la comunicación no verbal de una persona tiene en la biología, emoción y conversación verbal de otra. Los últimos hallazgos revelan que la comunicación no verbal de la emoción (tal como está demostrada en los estudios de apego), **regula las mentes y los cuerpos de las personas**.

La comunicación no verbal incluye la expresión facial, los gestos, la postura y elementos vocales prosódicos tales como el tono, el ritmo y la calidad del discurso

Cita a Eckman en dos artículos, de 1990 y 1993 quien cree que existe un vínculo cercano entre la expresión facial (músculo estriado), la modulación autónoma de funciones corporales (músculo visceral) y los sentimientos subjetivos asociados a la emoción. ¿Qué quiere decir esto? Entre otras cosas, que cuando se le pide a las personas que sólo contraigan los grupos específicos de músculos asociados con una emoción específica, hay un alto porcentaje que llega a sentir esa emoción y a demostrar los cambios autónomos (cambios en la temperatura, el color, los latidos cardíacos etc..) asociados a ella.

El trabajo de Eckman arroja luz sobre la biología de la sintonía empática. Los infantes y las madres espontáneamente empatizan con los estados emocionales del otro al juntar la expresión facial, el tono de voz y las conductas. Un gran número de experimentos muestra que los adultos que aparejan espontáneamente sus señales no verbales mientras están conversando, están más propensos a experimentar un sentido de rapport entre ellos que los sujetos que no lo hacen.

En una aguda observación Freedman y Lavender (1997) anotaron que en un pabellón psiquiátrico, cuando el personal espontáneamente aparejaba el ritmo y prosodia del discurso de pacientes psicóticos, éstos se sentían más tranquilos. Bebee y Lachman proponen que cuando una persona apareja las señales no verbales de emoción de otro, tales como la postura, prosodia y expresión facial, esto recrea dentro de esa persona los cambios autónomos y las sensaciones corporales asociadas con el estado emocional del otro. **Podemos literalmente sentir lo que el otro siente**.

Una última y no menos importante idea es que la comunicación no verbal también estructura inconcientemente todas las formas de intercambio verbal (Kendon 1992). En la conversación, las señales no verbales inconscientes normalmente indican a quien le toca hablar, quién está hablando a quien y cuándo se está cambiando de tema.

Coincido con Pally en que el intercambio emocional no verbal puede tener tanta importancia en el tratamiento psicoanalítico como el intercambio verbal.

Analistas y pacientes pueden influirse mutuamente en cuanto a sus sensaciones corporales, fantasías, pensamientos y aún palabras a través de señales no verbales procesadas inconscientemente tales como cambios autónomos (rubor, boca seca) y conductas (expresión facial, postura, gestualidad). Estas señales son información vital proveniente tanto del analista como del paciente. Cómo se “siente” el analista tanto corporal como mentalmente, puede ser un indicador tan importante de lo que está sucediendo con el paciente, como lo que el analista esté pensando. **Cómo se comunica el analista puede ser tan importante como qué dice.**

Ilustración Clínica: Juan

Al iniciar el análisis Juan tenía 27 años y padecía desde la temprana adolescencia de una sintomatología obsesivo-compulsiva que lo había llevado a consultar a un analista, con quien tuvo una terapia de algunos años, cara a cara, dos veces por semana. Reconocía haber sido ayudado, aunque su verdadera mejoría, afirmaba con clara connotación de devaluación, había sobrevenido al empezar a ser medicado.

En los primeros contactos, puede apreciar sin embargo, que Juan difería de la imagen (prejuiciosa tal vez) de la personalidad obsesiva clásica. Era una persona cargada de violencia y en un límite próximo a estallar ante cualquier estímulo. Sentía mucha rabia por su analista, por algo que poco a poco, pude ir entendiendo como la percepción de una falta de compromiso personal del analista con su situación. Sentía mucha rabia también por la intervención de una colega, quien, según su relato había aconsejado a su enamorada que terminara con él, dado que padecía de una enfermedad incapacitante para formar una familia y tener una relación saludable. Esa rabia la desplegó durante los primeros tiempos conmigo, a la vez que la volvió contra él, al actuar la violencia en innumerables peleas callejeras de las que regresaba, después de los fines de semana, con el rostro hinchado y amoratado.

Mi impresión diagnóstica difirió de aquella que le servía de distintivo de identidad y de justificación para su violencia. No se trataba solamente de una persona con problemas obsesivos, sino de alguien con una psicopatología compleja, con un evidente problema de vínculo, sintónico con su impulsividad y desborde violento, negador de su sufrimiento y todavía lejos de reconocer cuánto sufrimiento podía ocasionar a los demás.

El concepto de defensa maníaca de **Winnicott** me pareció el más apropiado para describir, lo que el paciente estaba intentando a toda costa: basar su vida en la negación de la realidad personal interior, una realidad en la que el duelo no podía ser experimentado y menos aún existir alguna posibilidad de introspección.

Juan venía de una familia compuesta por el padre médico y también con rasgos obsesivos de escrupulosidad, orden meticuloso y al que sentía como

implacable en el señalamiento de sus dificultades. La madre padecía de una depresión crónica. Tenía un hermano mayor y una hermana, a los que no mencionaba mucho. Su vida amorosa era complicada. Desde hacía unos años, era enamorado de una chica a la que sus padres y hermanos aprobaban de manera entusiasta. Sin embargo, él no se sentía plenamente enamorado de ella. Tenía frecuentes escapadas y un romance con una chica de su oficina a la que desvalorizaba y maltrataba. Tenía temor de no satisfacer plenamente a las mujeres a causa de su pene pequeño. Esto lo llevaba a frecuentes actuaciones en las discotecas, en las que buscaba desafiar a los hombres, sacando a bailar a sus parejas y propiciando peleas de las que salía la mayor parte de las veces, mal parado.

Las posibilidades de comunicarme con mi paciente, en los términos usuales del análisis, es decir de manera verbal eran bastante limitadas. Se me fue haciendo claro que antes que prestar atención al contenido de sus palabras era importante entender su estado de ánimo, cambiante, temeroso de mis intervenciones, pronto a sentirse perseguido y transmitirle de la forma más fidedigna y tolerable para él, lo que yo estaba percibiendo. Por ejemplo, el paciente por lo general entraba al consultorio, no me contestaba el saludo (durante los tres primeros años esta situación se mantuvo), y se dirigía, sin mirarme, al diván. Hablaba en un tono de voz fuerte. Contaba por lo general una situación del día, pleitos con sus jefes, problemas con el horario de llegada etc. Si en algún momento yo pretendía intervenir y esto era anticipado por algún movimiento mío, corporal o respiratorio, él apuraba el relato, hablando más fuerte y rápido o simplemente interrumpiendo la frase que yo acababa de iniciar.

La palabra cumplía antes que el propósito de vincular (nos), el de evacuar, con una finalidad netamente agresiva. Como analista me sentía constantemente convocada a participar en una atmósfera de violencia, incomprensión y persecución referida, por ejemplo, a algo que había dicho el día anterior y que había molestado a mi paciente, que me era exigido repetir literalmente, pues él había estado pensando en una respuesta adecuada para “callarme” o yo diría más bien, “fulminarme”. Ante estas situaciones, le respondía que yo no tenía la capacidad de recordar mis intervenciones de esa manera. Podía, haciendo un esfuerzo, intentar recordar el sentido general de lo que habíamos estado tratando. El que admitiera mi imposibilidad de memorizar y con ello, de someter el sentido del análisis a su órbita de acoso, lo aliviaba.

A pesar de todo, sabía que una relación se estaba forjando. Entendía también que mi paciente sabía que yo me preocupaba por él, por su supervivencia física y mental que se veía amenazada día a día por una mezcla explosiva de impulsividad, rabia autodestructiva y desprecio por la vida propia y ajena. Los lunes, cuando escuchaba sus relatos de incidentes de violencia que terminaban en comisarías, veía sus moretones y rostro hinchado, me pregunto ¿qué le habré transmitido? Nunca le dije de manera explícita que le tenía pena y,

sentía miedo de que algo irremediable le pudiera pasar. Intenté hacérselo ver, siendo rechazada en mis intentos, con la burla maniaca que lo caracterizaba.

Sin embargo, yo percibía que mi preocupación y lo poco que me permitía decirle, iba traspasando la barrera defensiva. Un jueves, último día de la semana que nos veíamos, al salir me miró y me dijo: “no se preocupe doctora, voy a venir bien el lunes”. Y también cuando estuvo a punto de entrar en una pelea se dijo: “mejor no, ¿qué va a decir mi doctora si me ve llegar mal otra vez?”.

La alianza que se iba forjando puedo entenderla retrospectivamente como posible sólo a partir de una **preocupación**, más propiamente en el sentido sajón del “**concern**” por mi paciente. Tal vez mi mirada, mis gestos, mi sonrisa en respuesta a las tímidas sonrisas, que poco a poco fue mostrando al entrar y salir del consultorio y porqué no, hasta mis reacciones más viscerales de pena, angustia y alivio cuando lo veía regresar. Cuando esto pudo llegar a mi paciente, empecé a tener un lugar en una mente que giraba egocéntricamente alrededor de ideas fijas propias de la obsesión y del despliegue agresivo que “rodeaba” esta sintomatología.

Al revisar las sesiones después de tres años de iniciado el análisis, pude ver el vínculo que se fue construyendo. Lo vincular le sirvió al paciente como una especie de base de operaciones, desde donde emprendimos una tarea compleja, en la que utilizando una metáfora de construcción de edificaciones, un tendido de cables precedió a un proceso de conexiones. No sólo se fueron conectando cuerpo y mente, sino también lo mental y lo afectivo; y este conjunto a su vez, con el entorno, que al principio del análisis había sido percibido como amenazante y potencialmente letal.

En mi experiencia como analista sé que muchos factores promueven el cambio y con Juan podríamos tener tantas maneras de entender su situación. Mi interés por las neurociencias sin duda facilitó, en retrospectiva entender aspectos de la comunicación no verbal que se jugaron prioritariamente en los primeros años de su análisis. Hubo desde los primeros contactos una percepción mía, que privilegió el desvalimiento y entendió que la rabia si bien peligrosa y aparatosa, difícilmente se habría volcado contra mí. ¿Cómo iba a serlo si el paciente me llamaba “mi doctora”, aún en medio de sus más grandes rabietas? Los dos, pienso ahora, debimos haber percibido reacciones inconscientes como producto del encuentro, que nunca llegamos a verbalizar pero que fueron construyendo, poco a poco, esa “base de operaciones” que he procurado transmitir. Tal vez ayudé a que Juan reconociera sus sentimientos, pudiera procesarlos y así regularlos. Tal vez también yo aprendí desde mi, nuevas formas de entender mi desregulación y regulación interna.