

Niveles De Mentalización Del Sufrimiento En La Clínica: Agonía, Desamparo Y Tristeza Adaptativa

Serge Lecours

Universidad de Montreal

[¶]El sufrimiento es el sino de cada ser humano (Akhtar, 2014; Davies, 2012). Ocupa el centro de nuestra experiencia en ciertos momentos de nuestra vida. No es intrínsecamente patológico o morboso porque puede servir para informarnos de nuestra conexión con el mundo y para guiar nuestras acciones, tal como ocurre con otras facetas de nuestra vida emocional. Sin embargo, el sufrimiento, en la medida en que es esencialmente doloroso, se presenta a la experiencia bajo diferentes formas, más o menos intensas, tolerables, formulables, pensables, etc. El sufrimiento presenta, por lo tanto, diferentes "cualidades" de un individuo -o de un momento- a otro. Estas diferentes cualidades parecen corresponder a diferentes niveles de mentalización.

El encuentro con estas cualidades del sufrimiento lleva al clínico a interrogarse acerca de cómo recibir este sufrimiento en su trabajo. Entonces, por ejemplo, ¿tiene que ayudar al cliente a estar más en contacto con su sufrimiento, o debería más bien favorecer el alivio del mismo? El argumento principal de este artículo postula que la identificación del nivel de mentalización del sufrimiento en el cliente permite esclarecer la elección de intervenciones y guiar el trabajo clínico. El

presente artículo, por lo tanto, tiene como objetivo 1) describir un modelo de niveles de mentalización del sufrimiento psicológico y 2) extraer algunas implicaciones de este modelo para la evaluación psicológica y la psicoterapia.

El Sufrimiento

La noción de sufrimiento puede abordarse desde múltiples perspectivas: filosófica, teológica, sociológica, biológica, etc., todas igualmente relevantes. En la medida en que la complejidad de la noción de sufrimiento no se puede abarcar como un todo, cualquiera que lo aborde inevitablemente deberá elegir, circunscribir su propósito. El punto de vista adoptado aquí está arraigado en la psicología clínica, ya que el objetivo principal del artículo es inspirar el trabajo clínico. El sufrimiento que se discutirá en el artículo es, por lo tanto, sufrimiento psicológico, en oposición al sufrimiento asociado con el dolor físico, por ejemplo. Además, una premisa importante del presente trabajo es que el sufrimiento psicológico es una expresión de la vida emocional del individuo. La argumentación se nutrirá ampliamente del trabajo de los

[¶]Agradecemos a la Revue Québécoise de Psychologie la autorización para publicar este texto. Título original: Serge Lecours (2016) Niveaux de mentalization de la souffrance en clinique: agonie, détresse et tristesse

adaptative, *Revue Québécoise de Psychologie*, 37 (3), 235-257.



autores que han contribuido a las teorías de las emociones.

Varios autores han notado la continuidad evolutiva entre el dolor físico y el sufrimiento psicológico (Mee, Bunney, Reist, Potkin & Bunney, 2006, Panksepp & Biven, 2012). Por lo tanto, se puede especular que, al igual que como ocurre con el dolor físico, el sufrimiento sirve esencialmente como una señal para el organismo a los efectos de incitarlo a evitar una situación perjudicial. Es una señal encarnada e irresistible, ya que el organismo no puede sobrevivir si procesa información sólo desde un punto de vista estrictamente cognitivo. En efecto, el peligro para la integridad del organismo sólo puede permanecer teórico, se debe instar al cuerpo a actuar. En otras palabras, la necesidad de una señal encarnada explica por qué el sufrimiento duele (Solms, 2012). Por más trivial que parezca esta observación, es rica en implicaciones. Lo más importante para esta presentación es que el dolor psicológico está profundamente enraizado en el cuerpo y que su elaboración requiere un trabajo para "mentalizarlo" (mentalmente). En el campo de las emociones más específicamente, Tomkins (1963), el autor fundador del estudio específico de las emociones (el "Freud" de las teorías de las emociones de alguna manera, mentor de Izard y Ekman entre otros), propuso que las emociones llamadas negativas (o afectos en su modelo) van acompañadas de una impresión subjetiva desagradable de mayor o menor intensidad. Utiliza el término "toxicidad" para dar cuenta de la fuerza de la motivación para evitar situaciones adversas. En su modelo teórico, por ejemplo, el miedo tiene el más alto nivel de "toxicidad" entre las emociones primarias, ya que la supervivencia del individuo depende de su efectividad para sustraerse de situaciones que implican la presencia de un peligro que amenaza su integridad. La tristeza, por lo demás (o la angustia en el modelo de Tomkins) es menos "tóxica" que el miedo, se puede

tolerar por más tiempo, de acuerdo con la tarea de adaptación que se debe realizar (un duelo, por ejemplo). Esta "toxicidad" es por lo tanto innata, encarnada y necesaria para la supervivencia. Evidentemente, no todo sufrimiento es adaptativo y este punto, tan importante, se detallará más adelante.

Pero, ¿se puede especificar aún más la naturaleza del sufrimiento? El significado habitual de la noción de sufrimiento es más específico que la simple cualidad desagradable de una experiencia subjetiva. Precisamente, las definiciones de sufrimiento o dolor psicológico son muchas y variadas (Mee et al., 2006; Meerwijk & Weiss, 2011, Orbach, Mikulincer, Sirota y GilboaSchechtman, 2003). El significado del sufrimiento que inspira el presente trabajo es el siguiente: sufrir es vivir un estado emocional desagradable que es excesivamente intenso o prolongado. Esta definición equipara el sufrimiento con la experiencia de una suerte de exceso de emoción llamada negativa, lo que tiene la ventaja de diferenciarlo de la experiencia de una emoción negativa en sí misma, que puede ser desagradable, pero no es en sí misma una fuente de sufrimiento. Si el sufrimiento no es una emoción propiamente dicha (la sensación de un exceso de emoción no es la emoción misma), permanece sin embargo vinculado a la emoción que lo provoca. De hecho, la hipótesis presentada aquí ve el sufrimiento como una emoción que "degenera", o que pierde su eficacia funcional, por el impacto deletéreo de la impotencia y el miedo que están asociados con su experiencia y su expresión. Por lo tanto, el sufrimiento es la emoción que se vuelve dolorosa cuando presenta una cualidad demasiado "tóxica" o abrasiva para el aparato mental. Podemos imaginar varios tipos de sufrimiento, asociados con diferentes emociones negativas asociadas con una pérdida: tristeza, miedo-ansiedad, vergüenza, culpa, etc. Para simplificar y facilitar la presentación, la experiencia emocional elegida para servir de anclaje al modelo



de la mentalización del sufrimiento será la tristeza y sus variantes (angustia, depresión, etc.), expresión prototípica del sufrimiento asociado con el sufrimiento pérdida.

La tristeza se considera -en la mayoría de las clasificaciones emocionales- como una emoción primaria, es decir, una emoción universal forjada por la evolución, que presenta varias funciones adaptativas. Es típicamente desencadenada por una pérdida y produce en el individuo: un estado somático de ralentización y fatiga; una postura de hundimiento y una expresión facial universalmente reconocible; un estado subjetivo de dolorosa pesadez, de estar "abajo" (down), de desaliento; cogniciones lentas, rumiantes, deductivas, centradas en los detalles, dolorosamente objetivas; una motivación para la retracción y la autoobservación (Bonanno, Goorin, y Coifman, 2008, Ekman, 2003, Izard, 1991, 2000, Lazarus, 1991). La tristeza tiene la función interpersonal de servir como una señal para pedir ayuda a los miembros de la red social, por la postura y la expresión facial en particular, además de motivar el retiro de la situación que pudo haber causado la pérdida (Nesse, 2000). Su función intrapersonal es "hacer un balance" de un problema, tornando las cogniciones más reflexivas, realistas, sistemáticas, atentas a los detalles, deductivas, etc., además de reducir el valor incentivador del objeto perdido (esencialmente, la tristeza hace que el objeto perdido se torne menos fortalecido: Freed y Mann, 2007). Todas estas funciones trabajan juntas para facilitar el trabajo de duelo, lo que constituye, probablemente, la razón de la universalidad de esta emoción que constituye como esencial al ingrediente emocional de la mentalización del sufrimiento. Para una ilustración del valor adaptativo de la tristeza, véase el elogio muy divertido de la tristeza en la película *Inside Out* (Docter y Del Carmen, 2015).

Aunque la tristeza se considere innata y universal, no parece ser aceptada o incluso

vivida por todos. En efecto, muchas personas parecen tener dificultades para tolerar la experiencia de la tristeza y permitir que se exprese en el hogar o con los demás. Ésta es la observación central que motiva el presente artículo: la capacidad de estar triste, en la forma adaptativa descrita por los autores mencionados anteriormente, no va de suyo, o "no viene sola" (Briand-Malenfant, Lecours) , Y Descheneaux, 2010). El sufrimiento que generalmente se llama tristeza parece tomar prestadas varias formas, que no son todas productivas o adaptativas. De hecho, la tristeza no aparece en su forma completa y adaptativa desde el nacimiento. Los autores coinciden en que requiere un desarrollo porque involucra habilidades cognitivas que no pueden estar presentes durante el primer año de vida Según Tomkins (1963), lo que se llama tristeza aparece en el momento del nacimiento en forma de angustia, que es una especie de combinación de tristeza "cruda" y miedo, que puede variar en intensidad (angustia – ansiedad/. sufrimiento moral, distrés-angustia). Por lo tanto, podemos suponer que la angustia es un precursor de la tristeza adaptativa tal como la concibieron los autores en las teorías de las emociones. Por lo tanto, la tristeza debe desarrollarse desde un estado de angustia antes de que pueda desempeñar un papel productivo en la vida psicológica adulta. Este desarrollo deja espacio para la intervención de procesos interpersonales que pueden obstaculizar la culminación de la creación de la experiencia de la tristeza en su forma óptima. Como se detallará a continuación, el niño aprende a tolerar la angustia cuando es recibida, aliviada, validada, representada, elaborada ("contenida" en una palabra) por los cuidadores. Esta angustia bien tolerada se convierte entonces en una tristeza adaptativa. Cuando la angustia no es contenida por los seres queridos, permanece como está o degenera en una forma de angustia "sin nombre". Este desarrollo cognitivo-afectivo, mediado por la relación que



transforma la angustia en tristeza adaptativa, constituye la parte esencial del proceso de adquisición de la mentalización de la tristeza.

La Mentalización

La mentalización es un concepto amplio que abarca una multitud de horizontes teóricos (Choi-Kain y Gunderson, 2008). El modelo de Fonagy es en gran medida el más conocido (Fonagy 1991, Fonagy & Target 1996). En este modelo, la mentalización (o más precisamente el mentalizar) se refiere a una función reflexiva (RF) que consiste en la capacidad de entender las transacciones interpersonales como impulsadas por estados mentales intencionales, como pensamientos, deseos, creencias, etc. (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008, Fonagy, Gergely, Jurist, y Target, 2002). Este modelo incorpora contribuciones provenientes de puntos de vista psicoanalíticos sobre el apego, así como también de trabajos sobre el desarrollo de cogniciones sociales y teorías de la mente. La función reflexiva es la capacidad para leer los estados mentales de los demás y de uno mismo, que emerge de un contexto interpersonal seguro durante la infancia, descansando, entre otras cosas, en la capacidad de las figuras de apego para proporcionar un espejo fiel y contingente a las expresiones emocionales del niño (Pellerin & Lecours, 2015). La capacidad reflexiva plena es una adquisición del desarrollo y el individuo adulto puede ver esta habilidad "puesta fuera de juego" cuando se enfrenta con contextos de apego o experiencias emocionales intensas. Cuando la función reflexiva es inhibida u obstaculizada, el individuo adulto puede estar sujeto a modos de pensamiento surgidos de niveles anteriores de desarrollo: perspectiva teleológica (lógica basada únicamente en causas visibles), equivalencia psíquica (experiencias demasiado verdaderas, perspectiva única) modo "como si" (experiencias muy poco verdaderas; Fonagy et al., 2002).

El ángulo teórico de la mentalización en el que se basa el presente modelo está inspirado en trabajos anteriores al de Fonagy. Estos trabajos se centran en los procesos mentales que conducen a la transformación de experiencias emocionales y pulsionales, profundamente enraizadas en el cuerpo somático (véase Lecours & Bouchard, 1997). El modelo príncipes es el propuesto por el psicoanalista francés Pierre Marty con su trabajo sobre los procesos psicósomáticos que abundan en la década de 1960 (Marty, 1990, 1991). El modelo que se discute aquí también está inspirado en el trabajo del contemporáneo de Marty, Pierre Luquet (2002), que se interesó en el lenguaje, el arte y la clínica psicoanalítica. El presente modelo debe también mucho a los escritos de Wilfred R. Bion, quien conceptualizó los procesos interpersonales que permiten la transformación de elementos concretos de la experiencia (elementos beta) en elementos que permiten la simbolización (elementos alfa), por medio de lo que ha denominado función alfa (Bion, 1962a, 1962b).

El modelo presentado aquí es más precisamente una teoría de la mentalización de las emociones, por oposición a la mentalización de todos los contenidos mentales. Se basa en el trabajo de Henry Krystal (1988), integrando teorías de las emociones y las contribuciones psicoanalíticas. Las emociones se ven como fenómenos psicobiológicos con una tendencia central a la acción, un componente innato y principalmente somático-conductual responsable de su propiedad motivacional (Frijda, 1986). Krystal concibe el desarrollo emocional como un proceso conjunto de desomatización y verbalización / diferenciación. La mentalización de las emociones -tal como se presenta en este artículo- considera la desomatización de las mismas como debida a un proceso de acumulación de representaciones en "capas" (o redes) organizadas progresivamente de una manera compleja y fluida en sus interconexiones (Marty, 1991). Según este modelo, el nivel de mentalización de una emoción específica se basa en la



historia de la inscripción de los resultados de la correulación interpersonal de esta emoción precisa, así como en los recursos representacionales adquiridos por el individuo y disponibles para su articulación cognitiva. En el modelo de Fonagy, en cambio, la mentalización propiamente dicha depende de la activación de la habilidad de reflexividad (que a veces puede fallar) adquirida durante el desarrollo de las cogniciones sociales durante la infancia, a través de mecanismos interpersonales también.

Para ilustrar el presente modelo, la expresión bien mentalizada: "me siento ansioso", testimonia de la activación simultánea de una multitud de sistemas psicológicos que incluyen un patrón innato de activación fisiológica y tendencia a la acción (preparación para la fuga), así como años de adquisición y acumulación de representaciones no simbólicas (o no declarativas; por ejemplo, el individuo aprendió a través del aprendizaje clásico que no tenía que anticipar consecuencias negativas como resultado de la expresión verbal del miedo) y simbólico (o declarativo - imágenes y palabras asociadas con todas las facetas de la experiencia del miedo, organizado bajo el predominio de representaciones abstractas, secundarias; Lecours & Bouchard, 2011; Lecours, BriandMalenfant, Y Descheneaux, 2013). Cada activación de una emoción específica (aquí, el miedo) "acarrea" todos los elementos de las redes de representaciones asociadas con esa emoción en una experiencia "total" (o "promedio", tras la formación de un compromiso; Westen & Gabbard, 2002) que forma el nivel de mentalización de esta emoción activada en este contexto específico. Altos niveles de mentalización surgen de la presencia predominante de representaciones no simbólicas "permissivas" (que dan el "derecho a existir" a las emociones y a su expresión), así como representaciones simbólicas organizadas en capas complejas (que permiten la identificación de las emociones, su diferenciación, apropiación y significado) en la red, cuando ésta se activa. Por lo tanto, este modelo propone que las

características formales de los diferentes niveles de mentalización son producidas por las propiedades de los sistemas de representación que interactúan para "envolver" y dar forma al núcleo duro corporal de una respuesta emocional. La formulación de Fonagy, por otro lado, significa que los niveles de mentalización corresponden a la activación de las habilidades reflexivas que "controlan" la experiencia emocional o al resurgimiento de las habilidades cognitivas evolutivas prerreflexivas (equivalencia psíquica, etc.). El concepto "mentalización" conoce, por tanto, varios significados, puede entenderse de acuerdo con varias perspectivas teóricas. Sin embargo, cualquiera que sea el modelo teórico empleado, generalmente se entiende que la característica central de la forma acabada de la mentalización es permitir que un individuo considere y administre las emociones como eventos subjetivos (Allen et al., 2008; Bouchard et al., 2008). Esta capacidad implica el tratamiento simbólico de la experiencia subjetiva, a la que le da una cualidad de "como si" necesaria para su tolerancia y su articulación cognitiva (Fonagy & Target, 1996, Lecours & Bouchard, 1997). Una actitud mentalizante óptima incluye una forma de pensamiento sobre las emociones, un enfoque metacognitivo (Dimaggio y Lysaker, 2010). En su forma elemental, una mentalización plena implica al menos implícitamente el reconocimiento de que una emoción vivida es solo una experiencia interna y no el sentimiento concreto de la actualización de un evento real, o una "tormenta emocional" (Krystal, 1988), que se percibe como un "cuerpo extraño" impuesto a uno mismo. Por ejemplo, el miedo es solo la sensación de miedo, una información que el individuo entiende como un miedo, fundado o no, relacionado con su percepción de eventos significativos, y no una indicación absoluta de una catástrofe inminente ni un "ataque" de pánico con la impresión de que proviene de ninguna parte, del interior del cuerpo (un ataque al corazón) o del exterior. La emoción mentalizada, esta experiencia



subjetiva reconocida y apropiada por el individuo, también puede volverse cognitivamente más articulada, más elaborada metacognitivamente, conduciendo a formulaciones más abstractas y ricas de sentido, como cuando una persona adopta una actitud introspectiva vis-à-vis respecto de su experiencia y le atribuye más coherencia y significado (visión). La mentalización participa en la regulación emocional al introducir una "distancia" simbólica de la experiencia encarnada de la emoción, haciéndola más tolerable y, por lo tanto, más apropiada para ser elaborada cognitiva y metacognitivamente. En términos de Bion, la experiencia emocional tolerada puede seguir el camino de la elaboración hacia formas más abstractas (elemento alfa, pensamiento onírico, preconcepción, concepción, concepto, etc.) en lugar de ser evacuada mentalmente mediante la identificación proyectiva (Bion, 1962a). Por el contrario, una emoción poco mentalizada conserva lazos estrechos con los aspectos corporales de la tendencia a la acción, es vivida como debiendo ser experimentada con mayor urgencia, como imponiéndose a sí mismo, y es entonces más difícil de regular (Lecours & Bouchard, 1997).

La Mentalización Del Sufrimiento

Volviendo al tema del sufrimiento, podemos imaginar que sus componentes emocionales pueden estar más o menos bien mentalizados. Si uno se enfoca en la experiencia de la tristeza, los niveles de mentalización se hacen más evidentes. Cualquier clínico reconocerá diversas cualidades en la expresión de tristeza en sus clientes y percibirá diferentes disposiciones en sus resonancias contratransferenciales. Un cliente, por ejemplo, llora la muerte de un ser querido y habla meditativamente de una tristeza un poco nostálgica, con un dolor contenido. El clínico puede "saborear" esta tristeza interiormente y sentirse cómodo acompañando pacientemente a su cliente a explorar el significado de su pérdida. Otro cliente que ha perdido

a un ser querido puede presentar un estado de sufrimiento más agudo, más "sonoro", mezcla de protesta airada e intenso sentimiento de impotencia y desesperación. El clínico puede entonces sentirse igualmente impotente, cogido por sorpresa, en la urgencia de tener que intervenir para aliviar un sufrimiento difícil de tolerar (para ambos interlocutores). Un tercer cliente puede aparecer colapsado como resultado de la pérdida de un ser querido, en un estado de sufrimiento sin tristeza, que parece expresarse en su cuerpo y mente lentificados, como si estuvieran sometidos a una dramática caída en la energía vital. El clínico puede entonces sentirse invadido por una ansiedad intensa sin saber de dónde viene o luchar contra el aburrimiento de no estar en contacto con el sufrimiento de su cliente y servir como testigo desubjetivado de una monótona letanía de quejas somáticas. Estas tres cualidades de tristeza podrían servir para ilustrar, de manera evidentemente esquemática, tres niveles de mentalización de la tristeza: la tristeza adaptativa propiamente dicha, la angustia y la agonía. Para facilitar la presentación de estos tres niveles de mentalización del sufrimiento, parece útil comenzar con la angustia, punto de anclaje del presente modelo.

Angustia

Para comprender el estado de angustia, las teorías de las emociones y las contribuciones psicoanalíticas parecen converger en la descripción de una reacción de urgencia indiferenciada en el niño muy pequeño, sobrepasado en sus capacidades de gestionar una situación dolorosamente penosa. Por un lado, el afecto innato de angustia (distrés-angustia) es un llamado de ayuda incontrolable y comunicado con lágrimas ante las cuales la figura parental no puede permanecer indiferente (Tomkins, 1963). Siempre desde un punto de vista etológico, este retrato ha de compararse sin duda con la reacción de protesta ante la pérdida (protesta,



"desesperación", "negación" / "desapego"), como lo describe Bowlby (1979): angustia, lágrimas de ira, búsqueda de la madre con intentos de encontrarla. Por otro lado, más intrapsíquico, Freud describió una experiencia de angustia (Hilflosigkeit en alemán), más cercana en el sentido de estar "falto de ayuda", o desamparo en la nueva traducción de las obras completas de Freud (Bourguignon, Cotet, Laplanche y Robert, 1989) que constituye una forma de estado de depresión originaria (Chabert, Kaës, Lanouzière y Schniewind, 2005).

Más cerca de la problemática de la mentalización, la formulación de Bion evoca una situación de angustia prototípica en un momento crucial en el proceso de transformación del sufrimiento. Él imagina a un bebé que tiene hambre y que experimenta el dolor del hambre como miedo a morir (angustia en el presente modelo). Comunica esta experiencia a su madre a través de las identificaciones proyectivas "normales" (utilizadas para la comunicación) que, en el mejor de los casos, recibe el mensaje emocional en bruto del niño y lo transforma a través de su capacidad de rêverie. Luego le comunica al niño el contenido de su ensoñación y este último ve su miedo a la muerte transformado en una experiencia de frustración tolerable (Bion, 1962a). Si la madre no tolera la proyección del niño, el niño reintroduce su miedo en una forma carente de significado y este miedo se transforma en la experiencia de un terror sin nombre, que luego debe ser evacuado con más y más fuerza (identificaciones proyectivas excesivas).

En términos de niveles de mentalización, la angustia es una experiencia emocional completa, demasiado "verdadera" (equivalencia psíquica a lo Fonagy), que no apela a la simbolización. Su expresión es urgente, el sufrimiento no puede "ser guardado en sí" ni tolerado demasiado tiempo, se debe aliviar inmediatamente o deshacerse de él, lo que provoca repetidos llamados de ayuda, acciones autocalmantes o una agitación impotente. La regulación emocional

es interpersonal, el otro es reclutado para desempeñar el papel de contenedor. El otro también puede ser un objeto no humano y su uso puede conducir a relaciones adictivas. La presentación clínica del individuo angustiado generalmente implica la coexistencia de una subjetividad emocional "en bruto" y medidas para deshacerse de ella, lo que a veces puede ser el motivo principal de la consulta (comportamiento alimentario arriesgado, abuso de sustancias, etc.).

Uno puede imaginar que la angustia es el estado original del sufrimiento, es la experiencia del sufrimiento crudo que debe ser mentalizado. En este modelo, la tristeza adaptativa es de algún modo una angustia que habrá sido suficientemente mentalizada, mientras que la agonía es una angustia no mentalizada.

Tristeza adaptativa

El nivel de mentalización correspondiente a la tristeza adaptativa se refiere a la tristeza tal como es conceptualizada por las teorías de las emociones, como una reacción a la pérdida que facilita su integración. Es la tristeza que ha podido desarrollarse hasta su forma adaptativa a partir de la experiencia inicial de angustia, que forma siempre su corazón. En otras palabras, la tristeza es una angustia "bien revestida" de representaciones que favorecen la simbolización, una angustia bien mentalizada. El adjetivo "adaptativo" se usa sistemáticamente en el artículo para distinguir la tristeza propiamente dicha de todas las manifestaciones del espectro de "afectos depresivos", a menudo denominados tristeza, pero no siempre adaptativos. Las propiedades de la tristeza adaptativa se han descrito anteriormente y facilitan el trabajo de duelo (Izard, 1991, 2000). Los psicoanalistas también han notado el valor adaptativo de la tristeza. Por ejemplo, Arieti y Bemporad (1978) han discutido el valor de la tristeza en la tarea que tiene un individuo para ajustarse cognitivamente a la pérdida. Han precisado igualmente



que la depresión señala el fracaso del trabajo de la tristeza.

En la medida en que la pérdida ha tenido lugar, la tristeza no sirve esencialmente para cambiar el entorno externo. La tristeza apunta sobre todo a absorber una pérdida irrevocable por un cambio interno: las representaciones del mundo interpersonal sin la persona perdida, por ejemplo, el valor emocional de la ausencia de esta persona, etc. Por lo demás, cuando es tolerada, la tristeza hace que el individuo sea menos defensivo y más capaz de cambiar. En efecto, dado que el sufrimiento es un hecho (vivencia) consumado, es más necesario protegerse de él. En los casos más favorables, la tristeza se acompaña de un mayor contacto con las partes de uno mismo que habían sido eliminadas por la gestión del miedo al sufrimiento. Esta ganancia de uno mismo es el efecto secundario de la tristeza que ilumina un poco la aparente contradicción encontrada en las formas de tristeza "agradable". Clínicamente, la tristeza adaptativa es un instrumento de cambio, de importante evolución personal. La tristeza adaptativa es, por lo tanto, una experiencia mentalizada que sirve para mentalizar.

En términos de niveles de mentalización, la tristeza es un sufrimiento tolerado, identificable, contenible, manipulable mentalmente y, por lo tanto, simbolizado. Obviamente puede ser extremadamente dolorosa. Sin embargo, incluso muy dolorosa, permanece simbólica en el escenario psíquico.

A menudo se acompaña de una actitud de aislamiento interpersonal a favor de una posición reflexiva. De hecho, tiende a favorecer una especie de "retención mental" que permite el examen interno de los recuerdos dolorosos en el duelo para poder "desinvertirlos" mejor (Freud, 1917).

La regulación emocional es principalmente intrapsíquica, si bien la expresión facial y postural triste sirve como una señal para los miembros de la red social para alentarlos a acudir en ayuda del individuo que sufre.

Agonía

La agonía es más difícil de comprender. Como es un sufrimiento intolerable, no está directamente representada, solo se percibe por sus efectos. La calidad subjetiva de la agonía es, por lo tanto, inferida por los autores. De acuerdo con el modelo presentado aquí, centrado en las contingencias de la reacción a la angustia, la agonía proviene de la exposición prolongada o intensa a la angustia (ver también Roussillon, 1999). Aquí, el papel de una profunda experiencia de impotencia-desesperanza parece ser determinante en la experiencia de una superación de las capacidades para regular el sufrimiento y de un desbordamiento desorganizante. Esta experiencia traumática puede tener el resultado de "dañar" el aparato de pensamiento. La agonía podría ser entonces el sufrimiento asociado con la percepción del daño al contenedor psíquico que ha sido desbordado. Esta percepción solo puede ser no representada o no representable por definición, ya que lo que está en juego es la integridad del aparato para representar (así como no habría una imagen propiamente dicha de una percepción visual que dañaría la retina).

Descripciones notables de la reacción agónica provienen de la observación de niños cuya angustia no ha podido ser aliviada. En Bowlby, corresponde a la fase de desesperación de la reacción a la pérdida, que toma prestada en los casos discutidos aquí una forma patológica (Bowlby, 1961, 1979). El niño entonces tiende a aislarse y volverse apático. El niño puede incluso, en casos extremos, tener síntomas de marcado letargo descrito por un complejo de abandono impotente, el complejo giving up-given, concebido como aquel que puede contribuir a la eclósión de síntomas somáticos (Engel & Schmale Jr, 1967). Esta reacción también ha sido llamada depresión anaclítica por Spitz; y el hospitalismo, una especie de reacción melancólica en los bebés, es una manifestación extrema de esto (Spitz y Wolf, 1946). La integridad del



funcionamiento psicológico se ve comprometida por un exceso de angustia y la personalidad puede desorganizarse.

Respecto a esto, la contribución de Pierre Marty esclarece bien el impacto de una tal desorganización psicológica. Marty conceptualizó los elementos de la regresión psicósomática, basándose en una desorganización progresiva del aparato mental que conduce a una depresión esencial, una especie de depresión "blanca", es decir sin síntomas depresivos, que indica una caída del tono vital (Marty, 1990). En el modelo de Marty, la personalidad luego se vuelve extremadamente frágil, lo que puede llevar a una desorganización somática si los factores estresantes (a menudo las pérdidas relacionales) afectan a la psique. El funcionamiento mental de las personas en el curso de la desorganización progresiva está en proceso de desmentalización y algunas veces manifiesta formas extremas de pobreza y concreción: es el pensamiento operatorio (forma extrema de alexitimia en otra terminología, ver Taylor, Bagby, & Parker, 1997). Los vínculos entre el pensamiento y las emociones (y las pulsiones) se rompen y el discurso se limita a describir eventos externos y acciones (Marty y de M'Uzan, 1963).

La desorganización puede experimentarse, sin ser representada, en la forma de un derrumbe o agonía primitiva (Roussillon, 1999, Winnicott, 1974). Esta experiencia es intolerable y debe ser eliminada de la vida psicológica, por una escisión del yo o una disociación estructural. Incluso si la experiencia del derrumbe se encuentra encapsulada, puede ser evocada por ciertos eventos interpersonales, lo que obliga al mantenimiento de costosos mecanismos de defensa para mantenerla alejada de la conciencia. Winnicott califica como psicótica la calidad de estas islas de experiencia, incluso cuando se encuentran en personalidades neuróticas. Para Bion, el "terror sin nombre" (nameless dread) que resulta de la angustia no transformada por la madre debe ser evacuado del

aparato psíquico porque es intolerable. El uso excesivo de la escisión y la identificación proyectiva terminan debilitando el aparato para pensar y conducen a un retorno persecutorio "de objetos bizarros" (elementos beta no transformados, más intensos, más fragmentados) que pueden encontrarse en la base de experiencias alucinatorias y delirantes (Bion, 1967). Bion también afirma que las partes psicóticas de la personalidad pueden coexistir con las partes neuróticas en cada individuo. Los destinos del sufrimiento agónico, si no se representan y simbolizan, residen, entre otras cosas en la compartimentalización de partes de uno mismo, el empobrecimiento del pensamiento y de la vida emocional, la desorganización somática o un funcionamiento psicótico.

Los "caminos" que conducen a la agonía son muchos y variados. Podemos identificar las formas de efracción brutal que son típicas de las experiencias traumáticas clásicas (después de eventos puntuales: TSPT de DSM). Estas experiencias parecen colocar al individuo en un estado de angustia impotente e inmediata, que conduce al mismo tiempo a un desbordamiento de los recursos para gestionar la angustia. Dicho de otro modo, el evento traumático grave produce, casi por definición, por su carácter "desbordante", un estado agónico no representado. Si hay huellas mnémicas, éstas existen en una forma no simbólica tal que se vuelven traumáticas cuando entran en contacto con la psique. Otro camino importante que lleva a la agonía es el "desgaste", por la acumulación de microtraumatismos (o al menos sin traumas extremos) que aumentan progresivamente la experiencia de angustia hasta el límite y terminan inclinando el aparato psíquico hacia la ruptura y la agonía. Aquí se evocan las formas de desbordamiento por déficit (o negligencia), que a fuerza de ser tratado como alguien que no piensa ni siente, es la continuidad del sentimiento de ser del individuo el que está comprometido por una invalidación sistemática que causa la impotencia y el dolor de ver pisoteadas sus



necesidades de ser afirmado en su identidad básica. Entre estos dos casos prototípicos, uno puede imaginar todo un espectro de combinaciones de factores etiológicos por efracción o desgaste que vienen a paralizar el pensamiento y la representación del sufrimiento.

En términos de niveles de mentalización, la agonía es un estado subjetivo no representado, la fenomenología de esta experiencia es, por lo tanto, esencialmente deducida a partir de índices de superficie, en las manifestaciones defensivas o sintomáticas. Subjetivamente, son las manifestaciones negativas las más accesibles al individuo, resultado de la disociación o escisión de las partes dolorosas de sí: sentimiento de alienación de sí, "desierto" subjetivo (pensamiento operatorio), disminución del tono vital, etc. La agonía también es perceptible en el retorno de lo disociado / escindido, como ciertos actos, síntomas somáticos, psicóticos o postraumáticos graves, por ejemplo. Cuando la agonía comienza a ser articulada, se presenta a la experiencia en la forma de estados que se asemejan a los de la impotencia y la desesperación. La regulación emocional está "horadada", es decir, se ocupa principalmente de evitar o evacuar psíquicamente las emociones, y la elaboración se realiza alrededor de los temas disociados / escindidos sin modificarlos mayormente. Si el sufrimiento es demasiado grande, la regulación es "Implosiva" y se traduce en la desorganización de la personalidad o de la integridad psicósomática del individuo.

La lectura de lo que precede deja entrever una distinción significativa existente entre agonía, angustia y tristeza adaptativa en términos de mentalización de las emociones: estas tres cualidades de sufrimiento varían en su posibilidad de ser toleradas y así devenir objeto de un examen subjetivo. En otras palabras, mientras más se tolera una emoción, más es contenida psíquicamente, y por lo tanto, más puede ser experimentada como un evento mental, más puede ser apropiada subjetivamente, conectada con el resto del "tejido simbólico" de la psique,

y más puede eventualmente ser elaborada metacognitivamente. Una metáfora puede ayudar a comprender qué distingue estas tres cualidades del sufrimiento y su nivel de mentalización. Imaginemos que la mano es el espacio psíquico, el tacto el modo de aprehensión subjetiva y que una piedra caliente es la experiencia del sufrimiento. En la angustia la piedra está caliente y solo se puede sostener por una fracción de segundo, debe ser lanzada entonces. No hay tiempo para explorar la piedra, debe manejarse con urgencia, entregándola a algún otro. En la tristeza adaptativa, la piedra no está demasiado caliente (o está tibia) y se puede sostener tanto como se desee. Por lo tanto, el individuo tiene mucho tiempo para sentir la piedra e identificar sus partes. En la agonía, la piedra está ardiendo y si entra en contacto con la mano, la quemaría. La piedra debe mantenerse sin contacto directo con la mano, con un guante o una pinza, por ejemplo, que impide cualquier forma de conocer la piedra por el tacto.

La Mentalización Del Sufrimiento En La Clínica.

Esta visión demasiado breve de la idea de las cualidades del sufrimiento y los niveles de mentalización del mismo tiene como objetivo, a fin de cuentas, inspirar el trabajo clínico. Como se anunció al comienzo del texto, estas consideraciones pueden guiar al clínico que se encuentra con un cliente que sufre demasiado o no lo suficiente (en apariencia): ¿qué debe hacer? ¿Intentar facilitar la experiencia del sufrimiento mediante intervenciones "amplificadoras" como el reflejo o la interpretación? ¿Tratar de aliviar el sufrimiento reduciendo los "síntomas depresivos", ya sea mediante intervenciones "afirmativas" o de apoyo, mediante esfuerzos para reestructurar creencias irracionales o mediante intervención farmacológica? Recientemente se ha propuesto una "tercera" vía: ¿ayudar al cliente a aceptar más de su sufrimiento mediante la práctica de la meditación o por



otras estrategias que favorezcan el ejercicio de la atención o la aceptación radical de la experiencia emocional? La discusión que sigue está inspirada en trabajos psicoanalíticos recientes y concierne más particularmente a una práctica de orientación psicoanalítica. Obviamente, espera estimular la reflexión del clínico, independientemente de sus preferencias teóricas.

El lector habrá adivinado que un comienzo de respuesta se basa en la evaluación del nivel de mentalización del sufrimiento presentado por el cliente. Claramente, algunos sufrimientos son más productivos que otros (Davies, 2012). Muchos clientes se sienten más completos después de haber llorado durante la terapia, mientras que ciertos sufrimientos, aún si son meramente rozados, pueden ser totalmente (re)traumatizantes. ¿Cuántos clientes dicen haber tardado varios días en recuperarse de un encuentro, que puede parecerle banal al clínico? Antes de entrar en el corazón del asunto, primero se proponen algunas palabras sobre la evaluación de los niveles de sufrimiento. Como se dijo, el sufrimiento "depresivo" estará en el centro de la discusión para centrar un poco más la argumentación.

En el marco de la evaluación diagnóstica, siempre en una lógica de presentación sintomática, podemos clasificar aproximadamente las manifestaciones subsiguientes al afecto depresivo según los tres niveles de mentalización del sufrimiento. Evidentemente de manera bien esquemática. En efecto, la categorización en tres casillas es una simplificación que apunta a una mayor claridad, la realidad es más dimensional, las variaciones se colocan en un continuo en lugar de en casillas cerradas. La reacción episódica de tristeza relativa a una pérdida, que se desarrolla en un proceso de duelo o no, es obviamente una manifestación de tristeza adaptativa. La pérdida de un ser querido puede llevar a una experiencia de duelo que oscila entre momentos de angustia y episodios de tristeza, lo cual es normal para una pérdida significativa. El retrato del episodio depresivo mayor de

intensidad leve a moderada, especialmente en su vertiente "con características atípicas" (American Psychiatric Association - APA, 2013), parece más cercano a una experiencia de angustia. Es lo mismo para la depresión límite (tipo de forma estable de vulnerabilidad a la depresión a flor de piel, ver Bergeret, 1975) o la disforia y la inestabilidad del estado de ánimo descrita en los criterios de personalidad límite del DSM. Lo mismo para las formas crónicas (distimia) de la depresión o personalidad depresiva a estudio en el DSM-IV-TR (APA, 2000). La ruptura de la personalidad tal como aparece en el episodio de la depresión mayor con características melancólicas es visiblemente una manifestación del individuo que trata de gestionar una llamada de agonía. La depresión esencial, tal como ha sido descrita por Marty (1990), parece también dejar adivinar un predominio de la agonía.

La opción de examinar la presentación sintomática para la evaluación de la cualidad del sufrimiento es seductora, pero tiende a distraer la atención del enfoque preconizado en el artículo: evaluar la capacidad de estar triste del cliente (Briand-Malenfant et al., 2010), la cualidad de su experiencia subjetiva del sufrimiento, su nivel de tolerancia al mismo. Además, las patologías de la depresión no son solo cuestión de niveles de mentalización del sufrimiento. De hecho, la tristeza a menudo se complica por su asociación con experiencias y emociones que tienen un efecto inhibitorio sobre ella (vergüenza, culpa, dolor, disgusto o ansiedad, por ejemplo, ver McCullough, Kuhn, Andrews, Kaplan, Wolf y Hurley, 2003), lo que socava entonces su acción potencialmente adaptativa. La tristeza se convierte en depresión cuando por ejemplo ella es indisociable de una culpabilidad importante o de una fuerte cólera vuelta contra uno mismo (Freud, 1917).

Inspirándose en una perspectiva de diagnóstico psicoanalítico estructural, sin duda es tentador situar la agonía, la angustia y la tristeza adaptativa en las grandes estructuras u organizaciones de la personalidad: psicótica, límite y



neurótica respectivamente. Las cualidades del sufrimiento aquí descritas están ciertamente correlacionadas con los tipos de organización de la personalidad. En efecto, las angustias típicas de los diferentes registros estructurales, la angustia de fragmentación, de abandono y de castración (Bergeret, 1975), evocan tipos de pérdida más o menos tolerables o mentalizables. Por lo tanto, la angustia de fragmentación reenvía a una pérdida de integridad identitaria, a menudo secundaria a la pérdida de una relación que asegura la continuidad de la experiencia de sí (relación llamada fusional), que provoca un estado de agonía cuando es reencontrada. Este tipo de pérdida, similar a la experiencia de derrumbe evocada por Winnicott (1974), es evidentemente intolerable y socava el aparato para pensar que no puede representarlo. La angustia de pérdida del objeto, como indica la expresión, implica la pérdida de la presencia reguladora de un objeto (relación anaclítica) utilizada para contrarrestar un estado disfórico fundamental (depresión, sentimiento de vacío). Aunque esta disforia puede ser "tocada psíquicamente", este contacto no puede sostenerse sin la ayuda de un otro "en quien el individuo puede apoyarse" (que corresponde a la etimología del término "anaclítico"). La angustia de la castración, o la angustia de la pérdida del amor del objeto, se refiere esencialmente a un miedo a la pérdida de la aprobación del objeto, por la retirada del amor o el castigo subsiguiente a la expresión pulsional-emocional por parte del individuo. La pérdida de aprobación a menudo está asociada a una cuestión relacional circunscrita (competencia, seducción). El sufrimiento que sigue es obviamente doloroso y puede ser regulado para que sea minimizado (por la represión, por ejemplo). Sin embargo, él es habitualmente representado porque generalmente es experimentado conscientemente antes de ser regulado / reprimido. Siempre con respecto al diagnóstico estructural y al tipo de angustia, es necesario un paréntesis. Debe tomarse nota, en este modelo, de la importancia

atribuida a la cualidad del sufrimiento, más que al tipo de angustia, por ejemplo (que es, pensándolo adecuadamente, un estado de anticipación del sufrimiento). Este modelo pone la gestión del sufrimiento en el centro del funcionamiento mental.

En lo que se acaba de enumerar, la naturaleza de lo que se pierde es indisoluble de la "profundidad" del sufrimiento engendrado y, en consecuencia, de su aptitud para ser mentalizado. El modelo de diagnóstico estructural es obviamente una ficción y las tres "casillas" no son categorías estancas. La realidad es más dimensional, ya que cada persona contiene en sí las tres cualidades del sufrimiento en proporciones variadas. Es el predominio de una cualidad del sufrimiento lo que hace que el diagnóstico estructural se incline hacia una organización de la personalidad en lugar de hacia otra. Es lo mismo para la cualidad de la tristeza portada por un individuo. No es homogénea ni uniforme ya que depende de lo que se ha perdido y de cómo el individuo estuvo acompañado en su sufrimiento a lo largo de la historia de sus pérdidas, más allá de la capacidad de tolerar el sufrimiento heredada al nacer. Cada individuo, por lo tanto, alberga en sí mismo una parte de cada cualidad de sufrimiento. Obviamente, las pérdidas más precoces tienen un poder de atracción en la experiencia de las pérdidas en la edad adulta, estas últimas reviven viejas heridas que tienden a estar no tan bien mentalizadas.

Una vez identificado el nivel de mentalización del sufrimiento presentado por el cliente, ¿cómo puede el clínico intervenir de manera más ventajosa en la psicoterapia? Para volver a la pregunta formulada al comienzo del artículo, a saber si es necesario amplificar o aliviar el sufrimiento del cliente, la respuesta parece fácil si confiamos en las palabras desarrolladas a lo largo del texto. Es razonable suponer que la agonía y la angustia deben ser aliviadas y que la tristeza debe ser explorada / amplificada. Más precisamente, tal vez el individuo con



sufrimiento agónico necesita fortalecerse en su capacidad para regular y tolerar las emociones. Él puede probablemente beneficiarse de las intervenciones tendientes a sostener su yo, a desarrollar sus habilidades de regulación emocional (Lecours, 2005; 2007). Probablemente sea lo mismo para el cliente con angustia, aún si el déficit en los recursos de regulación emocional puede ser menos generalizado. El cliente con angustia puede por lo tanto beneficiarse de que el clínico sea receptivo a su experiencia emocional cruda, que utilice intervenciones afirmativas para validar su experiencia (Killingmo, 1995, 2006) y que sea activo en la exploración de su experiencia emocional. En lo que hace a la tristeza, se la puede abordar "de frente" con intervenciones simbólicas del terapeuta. El cliente verdaderamente triste puede ser ayudado a estar más en contacto con su tristeza, que a menudo se pone a distancia, porque es dolorosa. El clínico puede ayudar a focalizar su atención en su tristeza a través de intervenciones exploratorias / amplificadoras (interpretaciones, reflejos), mientras, evidentemente, asegura un acompañamiento benévolo.

Sin duda vale la pena insistir sobre los recursos no simbólicos para aliviar las cualidades del sufrimiento no simbólicas (agonía, angustia), que están disponibles para todos los psicoterapeutas, cualesquiera que sean sus preferencias teóricas. En efecto, dado que estos sufrimientos son poco tolerados o mentalizados, las intervenciones simbólicas a menudo tienen un impacto limitado sobre el funcionamiento mental del cliente (Lecours, 2005, 2007). El contenido de las intervenciones es, por lo tanto, de poca importancia, salvo en su alcance pragmático. Para tolerar mejor un sufrimiento que es difícil de tolerar, el cliente debe antes que nada 1) permitirse hacerlo. Esta observación puede parecer trivial, pero tiene implicaciones profundas. La tolerancia de las emociones depende en parte de cómo éstas fueron recibidas por sus seres queridos durante el desarrollo del individuo. En los casos que nos ocupan, la actitud de los

familiares en relación con las emociones era desdeñosa, incapacitante o no sostenedora y esta actitud se ha internalizado en la forma de procedimientos mentales que reproducen la relación de invalidación en el vínculo del individuo consigo mismo. Por lo tanto, el cliente vive, más o menos conscientemente, de una manera no simbólica, una actitud auto invalidante con respecto a las emociones y el sufrimiento. Él puede estar persuadido, absolutamente seguro, que el sufrimiento es una falla, una falta, una fuente de rechazo, vergüenza, etc. La naturaleza no simbólica de estos procedimientos se manifiesta principalmente por la concreción y el grado de convicción de estas creencias sobre uno mismo (su naturaleza de equivalencia psíquica, perspectiva única). El hecho de hacerle observar al cliente que su juicio con respecto a sus emociones es excesivamente severo no alcanza, en sí mismo, para reducir dicha severidad. Son más bien, los elementos relacionales inherentes a estas intervenciones, por medio de mecanismos no simbólicos, quienes terminan cambiando estas actitudes. La actitud validante, acogedora de las emociones y el sufrimiento del terapeuta termina siendo "internalizada" también. Se trata de crear nuevos procedimientos para el cliente, otras formas de comportarse con uno mismo, que terminan haciendo que el cliente se vuelva más benévolo consigo mismo y con su sufrimiento (Lecours, 2007, Lecours et al., 2013). Esta actitud es presumiblemente el ingrediente fundamental de una mayor tolerancia del sufrimiento.

El cliente se vuelve más tolerante con su sufrimiento al 2) exponer gradualmente sus experiencias de angustia y tristeza intensas en una relación segura. Este mecanismo de extinción de la intensidad emocional del sufrimiento es bien conocido por todos y no se profundizará aquí. Dejándose vivir y manifestar su sufrimiento en niveles de intensidad dolorosa frente a su terapeuta, sin que este sufrimiento sea acentuado en y a través de la relación, el cliente llega a reducir el nivel de intensidad, de nuevo



por mecanismos no simbólicos bien conocidos (aprendizaje clásico). La tolerancia al sufrimiento también se ve reforzada por 3) la reducción de las estrategias para evitar el sufrimiento (defensas, afrontamiento no adaptativo). Estas estrategias son procedimientos mentales forjados inconscientemente para regular el exceso de sufrimiento. A través de la repetición, de la "práctica", estas estrategias se convierten en hábitos mentales estables que pueden reducir o eliminar temporalmente el sufrimiento. Estos hábitos pueden inhibirse cuando el terapeuta ayuda a su cliente a identificarlos. Cuanto mayor es la inhibición por vía de la toma de conciencia, en mayor grado las estrategias de evitación pueden ser reemplazadas por estrategias más productivas (aprender a llamar a un amigo para conversar en lugar de "tragarse" sus emociones negativas).

Evidentemente, los mecanismos simbólicos también contribuyen a hacer más tolerable el sufrimiento, especialmente después de que un cierto trabajo sobre las bases no simbólicas de la intolerancia al sufrimiento haya sido efectuado. Una 4) mejor comprensión de las emociones puede en efecto ayudar a hacerlas más tolerables. El trabajo de exploración, realizado clásicamente por el terapeuta a través de la clarificación, la confrontación y la interpretación, permite la identificación de las emociones asociadas al sufrimiento, su diferenciación así como su puesta en sentido. La multiplicación e integración de redes de representaciones simbólicas (que forman "el espesor" del preconscious, ver Marty, 1990) aseguran un efecto de inhibición en las estructuras no simbólicas que se encuentran en la base de la falta de tolerancia emocional (procedimientos de auto-invalidación, memoria emocional, procedimientos de evitación), además de aumentar la impresión de pertinencia del sufrimiento mediante la comprensión de sus causas, su rol, su función y su justificación en la historia del cliente.

Conclusión

Para concluir, cuando el clínico se pregunta cómo intervenir con su cliente que sufre, puede preguntarse si es necesario aliviar o amplificar el sufrimiento. A la luz de lo expuesto arriba, puede sentirse tentado a decidir que es necesario aliviar la agonía y la angustia y que es necesario amplificar la tristeza. Sin embargo, aunque aparentemente razonable, esta solución parece demasiado simple, demasiado esquemática, demasiado dicotómica. De hecho, deben hacerse varios matices. En primer lugar, en el contexto del presente trabajo, aliviar el sufrimiento no es sinónimo de hacerlo desaparecer. El objetivo terapéutico de la eliminación del sufrimiento pone en evidencia una concepción médica del mismo, considerándolo como un síntoma o una enfermedad a detener. De hecho, sería perjudicial tratar de aliviar el sufrimiento agudo a toda costa, ya que el sufrimiento es necesario. Erradicar el sufrimiento equivale a amputar la personalidad de uno de sus órganos vitales. De la misma manera, la tentación de amplificar el sufrimiento podría emanar de una voluntad para purgar al individuo de una sustancia nociva, para "hacer salir lo malo", en consonancia con una visión catártica de las emociones. En ese caso, la función de señal de las emociones está subestimada y la acción terapéutica mal orientada.

El artículo propone de hecho una tercera solución: ayudar al cliente a tolerar más su sufrimiento. Esto no es simplemente aliviar o amplificar el sufrimiento. Por lo tanto, el clínico es prudente para adaptarse al nivel de mentalización del sufrimiento de su cliente, a su capacidad para contener el sufrimiento, sopesando las intervenciones afirmativas (para validar la experiencia y reducir el sentimiento de exceso) y exploratorias / amplificantes (para ampliar y articular la experiencia subjetiva tolerable), con el fin de ayudar al cliente a desarrollar su capacidad para mentalizar el sufrimiento.



Los escritos psicoanalíticos contemporáneos parecen converger progresivamente hacia un creciente interés por la mejora de las capacidades de elaboración del individuo, más que por el descubrimiento de contenido psíquico, por ejemplo. Esto es evidente por el entusiasmo actual por la mentalización y la metacognición, en particular, pero también por el proyecto para desarrollar el "insightfulness/ percepción" (Surgarman, 2006) o para favorecer un espíritu analítico (Busch, 2013). Más específicamente, sobre el tema de la calidad del sufrimiento, el ideal de la intervención terapéutica podría ser, por lo tanto, ayudar a transformar las formas no mentalizadas o poco mentalizadas de sufrimiento en tristeza adaptativa o, parafraseando a Freud (1933), de contribuir a "donde estaba la agnía/angustia adviene la tristeza". Así, la psicoterapia puede ayudar al cliente a utilizar todo el potencial de la tristeza adaptativa, a escuchar su señal, a prepararse para cambiar. La tristeza bien tolerada puede, en el mejor de los casos, estar al servicio del crecimiento, del aprendizaje por la experiencia (Bion, 1962a).

El sufrimiento humano presenta una paradoja interesante: existe para ser evitado, pero requiere ser tolerado. El sufrimiento asumido recluta e integra los dos significados del verbo sufrir: soportar y sentir dolor. El sufrimiento tolerable es necesario: motiva y facilita la resolución de los problemas de la vida asociados a la pérdida; favorece el cambio y el crecimiento

personal cultivando la vulnerabilidad; cuando se comparte, conduce a la humildad y a la compasión. El sufrimiento mal tolerado, por el contrario, está al servicio de la "compulsión de repetición", de la restricción de la vida psíquica y de la utilización de otros para que sufran en nuestro lugar. El sufrimiento bien tolerado abre la vía a la vitalidad al ayudar al individuo a abrazar todas las facetas de su experiencia, tanto agradables como desagradables. De hecho, las maniobras dirigidas a eliminar el sufrimiento, que van desde estrategias de evitación mental y de evacuación por la acción a la cultura de la anestesia (Davies, 2012), a menudo tienen el efecto secundario de reducir la capacidad de disfrutar de las experiencias más luminosas.

Evidentemente, el trabajo clínico confronta al clínico con sufrimientos que no son tolerados o tolerables, que están mal mentalizados. El psicoterapeuta puede trabajar para ayudar a su cliente que sufre demasiado a transformar su experiencia mal mentalizada en un sufrimiento más tolerable. En otras palabras, puede ayudarlo a sufrir mejor.



Referencias:

- Akhtar, S. (2014). *Sources of suffering: Fear, greed, guilt, deception, betrayal, and revenge*. Londres: Karnac.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5e édition*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Arieti, S., & Bemporad, J. (1978). *Psychotherapy of severe and mild depression*. Northvale: Jason Aronson.
- Bergeret, J. (1975). *La dépression et les états limites*. Paris: Payot.
- Bion, W. R. (1962a). *Aux sources de l'expérience*. Paris: Presses universitaires de France.
- Bion, W. R. (1962b). A theory of thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306- 310.
- Bion, W. R. (1967). *Réflexion faite*. Paris: Presses universitaires de France.
- Bonanno, G. A., Goorin, L., & Coifman, K. G. (2008). Sadness and grief. In M. Lewis, J. M.
- Haviland-Jones, & L. Feldman Barrett (Éds), *Handbook of emotions* (3e éd., p. 797-810). New York, NY: Guilford.
- Bouchard, M.-A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L.-M., Schachter, A. *et al.* (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47-66.
- Bourguignon, A., Cotet, P., Laplanche, J., & Robert, F. (1989). *Traduire Freud*. Paris: Presses universitaires de France.
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317- 340.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Routledge.
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S., & Descheneaux, É. (2010). La capacité d'être triste: implications pour la psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 30(4), 191-201.
- Busch, F. (2013). *Creating a psychoanalytic mind: A psychoanalytic method and theory*. New York, NY: Routledge.
- Chabert, C., Kaës, R., Lanouzière, J., & Schniewind, A. (2005). *Figures de la dépression*. Paris: Dunod.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135.
- Davies, J. (2012). *The importance of suffering: The value and meaning of emotional discontent*. Londres: Routledge.
- Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2010). *Metacognition and severe adult mental disorders: From research to treatment*. Londres: Routledge.
- Docter, P., & Del Carmen, R. (Writers). (2015). Inside out.: Walt Disney Pictures Pixar Animation Studios.
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed: Recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. New York, NY: Times Books.
- Engel, G. L., & Schmale Jr, A. H. (1967). Psychoanalytic theory of somatic disorder: Conversion, specificity, and the disease onset situation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(2), 344-365.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639- 656.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-233.
- Freed, P. J., & Mann, J. J. (2007). Sadness and loss: Toward a neurobiopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 28-34.
- Freud, S. (1917). Deuil et mélancolie. *Œuvres complètes* (vol.13, p.259-278). Paris: Presses universitaires de France.



- Freud, S. (1933). Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse. *Œuvres complètes* (vol. 19, p. 83-268). Paris: Presses universitaires de France.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York, NY: Plenum.
- Izard, C. E. (2000). Sadness. In A. E. Kazdin (Éd.), *Encyclopedia of psychology* (vol. 7, p. 137-138). New York, NY: Oxford University Press.
- Killingmo, B. (1995). Affirmation in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 503-518.
- Killingmo, B. (2006). A plea for affirmation relating to states of unmentalised affects. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 29, 13-21.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing: Affects, trauma, alexithymia*. Londres: Routledge.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York, NY: Oxford University Press.
- Lecours, S. (2005). Niveaux de fonctionnement mental et psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 25(2), 91-100.
- Lecours, S. (2007). Supportive interventions and non symbolic mental functioning. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 895-915.
- Lecours, S., & Bouchard, M.-A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 855-875.
- Lecours, S., & Bouchard, M.-A. (2011). Verbal elaboration of distinct affect categories and BPD symptoms. *Psychology and Psychotherapy*, 84(1), 26-41.
- Lecours, S., Briand-Malenfant, R., & Descheneaux, É. (2013). Affect regulation and mentalization in narcissistic personality disorder In J. S. Ogrodniczuk (Éd.), *Understanding and treating pathological narcissism* (p. 129-145). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Luquet, P. (2002). *Les niveaux de pensée*. Paris : Presses universitaires de France.
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : Presses universitaires de France. Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris : Laboratoire Delagrangé.
- Marty, P., & de M'Uzan, M. (1963). La «pensée opératoire». *Revue française de psychanalyse, suppl.* 27, 1345-1356.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia : A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York, NY : Guilford.
- Mee, S., Bunney, B. G., Reist, C., Potkin, S. G., & Bunney, W. E. (2006). Psychological pain : A review of evidence. *Journal of Psychiatric Research*, 40(8), 680-690.
- Meerwijk, E. L., & Weiss, S. J. (2011). Toward a unifying definition of psychological pain. *Journal of Loss and Trauma*, 16(5), 402-412.
- Nesse, R. M. (2000). Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 14- 20.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., & Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain : A multidimensional operationalization and definition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 219-230.
- Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The archeology of mind : Neuroevolutionary origins of human emotion*. New York, NY : Norton.
- Pellerin, N., & Lecours, S. (2015). Sensitization to emotions and representation formation through social biofeedback : Is markedness a necessary mechanism? *Psychoanalytic Psychology*, 32(1), 61-93.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Presses universitaires de France.
- Solms, M. (2012). Depression : A neuropsychanalytic perspective. *International Forum of Psychoanalysis*, 21(3-4), 207-213.
- Spitz, R. A., & Wolf, K. M. (1946). Anaclitic depression; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood, II. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313-342.
- Sugarman, A. (2006). Mentalization, insightfulness, and therapeutic action : The importance of mental organization. *International Journal of Psychoanalysis*, 87(4), 965-987.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation : Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge : Cambridge University Press.



Tomkins, S. S. (1963). *Affect, imagery, consciousness : Volume II. The negative affects*. New York, NY : Springer.

Westen, D., & Gabbard, G. O. (2002). Developments in cognitive neuroscience : I. Conflict, compromise, and connectionism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50(1), 53-98.

Winnicott, D. W. (1974). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard.

