

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

JUAN MANZANO,
FRANCISCO PALACIO ESPASA
Y ADELA ABELLA

COMPENDIO DE TÉCNICA PSICOANALÍTICA

Con su aplicación a la psicoterapia



Herder

JUAN MANZANO, FRANCISCO PALACIO ESPASA
y ADELA ABELLA

COMPENDIO DE
TÉCNICA
PSICOANALÍTICA
CON SU APLICACIÓN A LA PSICOTERAPIA

Traducción de Maria Pons Irazazábal

Herder

Título original: Précis de technique psychanalytique avec son application à la psychothérapie

Traducción: Maria Pons Irazazábal

Diseño de la cubierta: Gabriel Nunes

Edición digital: José Toribio Barba

© 2017, Juan Manzano, Francisco Palacio Espasa y Adela Abella

© 2018, Herder Editorial, S.L., Barcelona

ISBN digital: 978-84-254-4068-7

1.^a edición digital, 2018

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com)

Herder

www.herdereditorial.com

Índice

INTRODUCCIÓN

PRIMERA PARTE LOS CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA TEORÍA DE LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA Y LA PRÁCTICA QUE DE ELLA DERIVA

I. EL MARCO PSICOANALÍTICO (SETTING)

II. LA TRANSFERENCIA

- La transferencia en la obra de Freud (transferencia neurótica)
- La transferencia en las organizaciones preneuróticas (transferencia precoz): las tres corrientes de la transferencia preneurótica según los modelos de desarrollo precoz: Anna Freud; Ferenczi–Balint–Winnicott; Klein–Isaacs–Bion
- La transferencia precoz en la clínica contemporánea
- Los soportes de la transferencia: transferencia al analista, al marco y a la palabra
- Los enfoques intersubjetivos o constructivistas. La transferencia: ¿un concepto ya superado?
- La transferencia narcisista: otra mirada a la transferencia

III. LA CONTRATRANSFERENCIA

IV. LA INTERPRETACIÓN

- La interpretación en la obra de Freud
- La interpretación y el desarrollo precoz (organizaciones preneuróticas)
- La doble transferencia neurótico-narcisista y su interpretación
- Actings e interpretación

V. LA CONSTRUCCIÓN

- [Construcción/reconstrucción en la obra de Freud](#)
- [Construcción/reconstrucción en las tres corrientes posfreudianas](#)
- [La construcción en las corrientes intersubjetivas \(constructivistas\)](#)

[VI. EL PROCESO PSICOANALÍTICO Y LA FINALIZACIÓN](#)

- [Teorías explicativas de la evolución del proceso](#)
- [La finalización del análisis](#)

[SEGUNDA PARTE](#) [LA APLICACIÓN A LA PSICOTERAPIA](#) [DE LOS CONCEPTOS FUNDAMENTALES](#) [DE LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA](#)

[LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA. INTRODUCCIÓN](#)

[I. EL MARCO EN LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA](#)

[II. LA TRANSFERENCIA Y LA CONTRATRANSFERENCIA EN LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA](#)

- [La transferencia y la contratransferencia, según el tipo de psicoterapia](#)

[III. LA INTERPRETACIÓN EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA](#)

[IV. LAS CONSTRUCCIONES EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA](#)

[V. EL PROCESO EN LAS PSICOTERAPIAS PSICOANALÍTICAS](#)

[VI. LA FINALIZACIÓN DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA](#)

[ANEXO. LA ELECCIÓN TEÓRICA DEL ANALISTA](#)

[BIBLIOGRAFÍA](#)

*Los autores quieren dar las gracias a Jacqueline Blanc
y a Mylène Pétremand Creutz por su competencia
y por la atención dedicada a la relectura y corrección de este libro.*

Introducción

«La finalidad fundamental del estudio de la técnica es permitir que cada analista adopte su propio estilo e identidad, que depende de la congruencia entre lo que piensa y lo que hace».

R. Horacio Etchegoyen (1986)

En este compendio presentamos los elementos esenciales de la teoría de la técnica psicoanalítica y la práctica que de ella derivan. Se abordarán sucesivamente el «marco (*setting*)», la «transferencia», la «contratransferencia», la «interpretación», la «construcción/reconstrucción» y el «proceso y finalización». Cada uno de estos conceptos será analizado en su evolución histórica en la obra de Freud y en sus sucesores más representativos, hasta llegar al momento actual.

Este libro va dirigido sobre todo a los psicoanalistas y psicoterapeutas que están en proceso de formación: la abundancia actual de escuelas psicoanalíticas, si bien es una fuente de riqueza, también dificulta muchas veces un acceso claro a los fundamentos de la práctica de hoy. Pero también se dirige a los colegas psicoanalistas y psicoterapeutas, a quienes esta obra facilitará una apertura a otras orientaciones. Igualmente puede interesar a profesionales y a estudiantes de otros ámbitos.

Si bien hay una aceptación bastante general de las nociones técnicas de Freud respecto del análisis de las «organizaciones neuróticas de la personalidad», no ocurre lo mismo con las «organizaciones preneuróticas», que Freud llamaba «narcisistas» (trastornos del carácter o de la personalidad, estados límite [*borderline*], prepsicosis) y que son las más frecuentes en la práctica de hoy en día. En esta cuestión, son importantes las diferencias técnicas que, en nuestra opinión, dependen en gran parte del modelo teórico de desarrollo precoz —explícito o implícito— de los autores. De ahí que sea posible agruparlos esquemáticamente en tres corrientes principales: «Anna Freud (psicología del yo)», «Ferenczi – Balint – Winnicott» y «M. Klein – S. Isaacs – Bion». Describiremos las características más importantes de la técnica de cada una de estas corrientes y sus prolongaciones hasta la clínica contemporánea, así como las nuevas teorías de la técnica, en especial el constructivismo y el intersubjetivismo. Presentaremos, asimismo, breves viñetas clínicas ilustrativas.

La psicoterapia se ha convertido en un problema analítico de pleno derecho. En la segunda parte de este libro recuperamos los conceptos básicos de la teoría de la técnica

psicoanalítica y su aplicación a la psicoterapia, señalando, a la vez, las diferencias y los puntos en común. Cada uno de los capítulos de la segunda parte va ilustrado con viñetas clínicas que corresponden a la evolución de dos tratamientos psicoterapéuticos —un niño y un adulto—, desde el establecimiento del marco hasta el final del proceso.

Se trata, por supuesto, de *nuestro* compendio. Sin embargo, aunque explicitamos nuestros puntos de vista, nos hemos esforzado al máximo por presentar, lo más fielmente posible, otras orientaciones distintas a las nuestras.

PRIMERA PARTE

LOS CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA TEORÍA DE LA TÉCNICA
PSICOANALÍTICA Y LA PRÁCTICA QUE DE ELLA DERIVA

I. El marco psicoanalítico (*setting*)

La «situación psicoanalítica» (Donet, 2005) la establece desde la primera entrevista la «actitud mental» del psicoanalista (el *state of mind* de los anglosajones, Caper, 1992). Esta actitud es, en realidad, un estado mental que se caracteriza por el interés del psicoanalista por comprender el funcionamiento psíquico inconsciente, rechazado o escindido del paciente con el propósito de comunicárselo y de permitirle integrarlo. Por esta razón, el marco está presente desde el primer momento, aunque será explicitado más tarde mediante la propuesta de un «contrato» (Etchegoyen, 1986), de un acuerdo inicial entre los dos miembros de la relación que se comprometen a intentar respetarlo. Esos dos aspectos del marco, denominados respectivamente «marco interno» (la actitud mental del analista) y «marco externo» (las reglas de funcionamiento práctico), son mutuamente interdependientes y solidarios.

El marco se define como el conjunto de las condiciones necesarias para que el trabajo psicoanalítico pueda desarrollarse mejor. Estas características son prácticamente las mismas que las descritas por Freud en *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico* (S. Freud, 1912) y en *La iniciación del tratamiento* (S. Freud, 1913).

Como señala Freud, lo importante es el fondo; las formas dependerán del estilo de cada analista y de cada situación en particular. La tradición impone que la regla fundamental sobre la asociación libre esté claramente formulada, así como la utilización del diván, las fechas, la duración y frecuencia de las sesiones, los honorarios y la forma de pago. A este respecto hay que señalar que las horas reservadas al paciente deben ser abonadas, salvo excepción, aun en el caso de que este no acuda. En cuanto a las vacaciones y ausencias del analista, deberán ser anunciadas con suficiente antelación. Se recomienda que la formulación de la regla fundamental incluya la idea de que el paciente se compromete a intentar expresar todos los pensamientos y sentimientos que surjan durante la sesión, sin excepción, incluidos los que se refieren al analista, con independencia de que se consideren penosos, vergonzosos, absurdos o inconvenientes. Asimismo, conviene precisar que la relación con el analista quedará limitada a la situación analítica y que el final del análisis será acordado por ambas partes, aunque por supuesto el paciente puede interrumpir el tratamiento en cualquier momento.

Como todo contrato, el acuerdo analítico obliga a las dos partes. El analista se compromete a respetarlo, a desarrollar su función de analista y solo esa función, esforzándose por mantener una postura de «neutralidad activa». Como dice Racker (1960), el papel del analista consiste en hacer todo lo posible por comprender los aspectos inconscientes o disociados del paciente, y hallar la mejor manera de lograr que

los comprenda y los integre. En cuanto al paciente, las «reglas» del marco solo le exigen que las conozca e intente respetarlas.

No obstante, como señaló Etchegoyen (1986), las cláusulas del contrato no son inviolables. De hecho, son importantes ante todo como punto de referencia de la conducta posterior del paciente. En cierto modo, las normas se formulan para poder apreciar la conducta del paciente en relación con ellas. Esto puede ilustrarse con ejemplos clínicos frecuentes en la práctica de cada análisis. En ocasiones, casi enseguida se producen violaciones del marco más o menos importantes. Mediante esas violaciones, a menudo el paciente expresa aspectos de su mundo interior completamente ignorados. Desde este punto de vista, pueden resultar útiles para el tratamiento.

Uno de nuestros pacientes, desde la primera sesión de análisis tras las entrevistas preliminares, seguía la regla de tenderse sobre el diván, pero boca abajo, con el mentón apoyado en los brazos cruzados sobre el cojín y mirando fijamente al analista. Otro se tendía también sobre el diván, al modo romano del triclinium, mirando fijamente al analista. En ambos casos, esas conductas tenían sus razones.

Según una regla clásica, el analista debe abstenerse de interpretar la conducta del paciente antes de que este dé indicios de su sentido inconsciente en sus asociaciones verbales. En efecto, las razones inconscientes que motivan la conducta están a menudo fuertemente escindidas o rechazadas. Una interpretación prematura no solo corre el riesgo de herir al paciente, sino de empujarlo a la racionalización. Con el tiempo, el paciente suele proporcionar las claves que permiten la comprensión.

La conducta del primer paciente se debía a una fantasía suscitada por el encuentro con el analista que no pudo ser verbalizada hasta más tarde. Una vez que la relación se consolidó, el paciente pudo comunicar una experiencia terrible ocurrida al acabar la primera entrevista: «Cuando me dirigía al coche, me di la vuelta y me pareció ver un movimiento de la cortina de su ventana. Entonces pensé que me estaba mirando y diciendo: “pobre imbécil”».

Y a la inversa, ciertas aceptaciones aparentemente no conflictivas de las reglas del marco están basadas en fantasías que sería importante analizar, como por ejemplo fantasías de sumisión masoquista.

Es el caso de un paciente que, antes de tumbarse en el diván por primera vez, preguntó muy educadamente si debía quitarse los zapatos. Atendiendo al uso de la palabra «deber», el analista responde «no es necesario», creyendo que así le liberaba de esta supuesta obligación. Más adelante, el paciente explica una cena en la que se descalzó, tal como suele hacerlo habitualmente. Explica: «Soy la vergüenza de mi mujer y la desesperación de mi madre. No soporto los zapatos; en cuanto puedo me los quito». Entonces se entendió que había querido quitarse los zapatos para instalarse cómodamente en el diván, pero no se había atrevido a preguntar directamente. Durante meses, estuvo soportando los zapatos en el diván como un castigo.

Para Freud, el significado psicológico y metapsicológico del marco desempeña una función fundamental, que consiste en favorecer el establecimiento de la transferencia, esto es, repetir y vivir las relaciones del pasado infantil conservando una parte adulta que vive la relación actual con el analista.

En términos más teóricos, el marco significa la fijación de un determinado número de constantes como punto de referencia de otros elementos más variables. Para que se puedan apreciar los cambios —el proceso—, se necesitan invariables (Bleger, 1967). Por

otra parte podemos decir, en términos relacionales, que el marco y el contrato suponen el establecimiento consciente de una alianza terapéutica: la aceptación del marco por parte del paciente significa que deposita la confianza en el analista y desea colaborar en un trabajo sobre sí mismo.

Después de Freud, el significado psicológico y metapsicológico del marco dio lugar a ciertos desarrollos teóricos. Insistiremos en estos conceptos en los capítulos «La transferencia» y «El proceso analítico» porque, como ya hemos señalado, la noción de «marco» como «constante relativa» está totalmente vinculada a la de los cambios constitutivos del proceso. Por consiguiente, nuestra comprensión del marco está supeditada a nuestra comprensión de la transferencia y del proceso.

Cabe distinguir dos grandes corrientes en el psicoanálisis contemporáneo en cuanto a la comprensión del marco. Por una parte, el conjunto del psicoanálisis anglófono (escuelas kleinianas y poskleinianas, escuela de Winnicott y psicología del yo) propone como metáfora la función maternal: el marco se contempla, por lo tanto, como continente que es capaz de acoger toda la complejidad del mundo interior del paciente y que proporciona un apoyo protector al proceso transferencial y contratransferencial. En el psicoanálisis francés, y por influencia de Lacan, el marco se interpreta a menudo como tercero: el psicoanalista actúa como garante de las reglas pero, y esto es importante, esas reglas representan la Ley establecida por la institución psicoanalítica y su misión es enmarcar tanto al analizante como al psicoanalista. Por consiguiente, esas reglas convocan de entrada las fantasías de castración, que limitan la omnipotencia de ambos interlocutores en la cura.

Expongamos ya la tesis original de Bleger (1967), para quien la fijeza del marco siempre da lugar a una «transferencia muda» (arcaica, fuera de la realidad) de carácter simbiótico, que constituye una especie de delirio actuado. Esa transferencia es muda porque solo se manifestará cuando la «fijeza» del marco sea cuestionada por cambios que suscitan angustias precoces, sobre todo de separación.

En relación con este punto de vista de Bleger, hemos desarrollado la idea de «transferencia narcisista», que creemos que está presente en todo análisis (Manzano y Palacio Espasa, 2005). Insistiremos en este punto. Por el momento, basta señalar que el marco satisface ciertas fantasías fusionales —sobre todo narcisistas— convirtiéndolas por esa razón en no aparentes.

Ejemplo clínico

Una paciente experimenta, desde el comienzo del análisis, un alivio y un bienestar sorprendentes. Sus síntomas han desaparecido, se siente «flotar», las sesiones se han convertido en el centro de su vida y piensa en ellas de manera constante. En la sesión, evoca su historia, aporta sus sueños, tiene la sensación de que avanza y está satisfecha del trabajo realizado. Las vacaciones, fijadas de antemano, transcurren sin problemas, salvo que la agradable sensación de mantenerse en contacto con su analista es aún más intensa.

En ese contexto, al cabo de tres años, el analista ha de suspender el tratamiento durante un mes. Es el desastre. La paciente se descompensa, los antiguos síntomas reaparecen con fuerza, tiene la impresión de que la vida no vale la pena vivirla y siente una angustia sin límites.

Cuando el analista regresa intentan comprender lo que ha ocurrido. Poco a poco la paciente se da cuenta de que nunca ha expresado sus sentimientos de vínculo permanente y de profunda paz en su relación con el analista. Es como si el análisis se hubiera desarrollado en dos planos bien diferenciados: un trabajo «clásico»

sobre su historia y su mundo interior y unas fantasías fusionales que el marco satisfacía y de las que no podía ser consciente, precisamente porque ya estaban satisfechas.

Hay también otras concepciones de la función del marco. En el contexto de su propio modelo de desarrollo precoz, Anzieu (1985) defiende que el marco desempeña unas funciones que normalmente son parte integrante del buen funcionamiento del aparato psíquico. Se trata, sobre todo, de las funciones de paraexcitación y de representación, que serán vehiculadas y estimuladas por la propia existencia del marco. Desde este punto de vista, para los pacientes con un funcionamiento neurótico, la situación típica concebida por Freud para el psicoanálisis es, como sugiere Anzieu, terapéutica en sí misma. Gracias a la «regla fundamental» (que preconiza la libre asociación) y a la «regla de la abstinencia» (que prohíbe las descargas directas de las pulsiones), se delimita un marco que induce al paciente a utilizar modos de expresión mentalizados y lo incita al uso de las representaciones preconscientes. Esas representaciones sirven para unir las cargas pulsionales rechazadas. Por consiguiente, el *setting* ofrece un campo propicio a la expresión simbolizada y es el que promueve la nueva producción de representaciones y, por lo tanto, de transformaciones psíquicas. Según esa concepción, esos cambios terapéuticos serían productos del marco, sin intervención específica del terapeuta.

II. La transferencia

Con su célebre frase «Nadie puede ser vencido *in absentia* o *in effigie*», Freud (*La dinámica de la transferencia*, 1912) inaugura un enfoque que comparten hoy en día la gran mayoría de los psicoanalistas. Ese enfoque consiste en convertir la transferencia en el elemento central de la cura (Fenichel, 1941; Menninger, 1958; Greenson, 1967; Etchegoyen, 1986).

Según la definición más común, la transferencia es el proceso por el que un paciente desplaza sobre el analista sentimientos, deseos e ideas que provienen de la relación con personas que han sido importantes en su vida (Rycroft, 1968).

En este capítulo trataremos, en primer lugar, de la «transferencia en la obra de Freud» —que podemos llamar «neurótica»—; luego de la «transferencia precoz en las organizaciones preneuróticas» (trastornos de la personalidad, estados límite, prepsicóticos) y de la «transferencia precoz en la clínica contemporánea». A continuación abordaremos la cuestión de los «soportes de la transferencia» y de los «enfoques intersubjetivos o constructivos», para pasar, finalmente, a la «transferencia narcisista» y a la «doble transferencia» (narcisista y neurótica).

La transferencia en la obra de Freud (transferencia neurótica)

Antes del descubrimiento de la transferencia, la técnica de Freud había evolucionado de la sugestión —en especial de la sugestión hipnótica— a una especie de catarsis que busca la rememoración, bajo los efectos de la hipnosis, de recuerdos de experiencias «traumáticas», rememoración que iba acompañada de una descarga afectiva. Más tarde, Freud abandona la hipnosis y pasa a una «coerción» asociativa: la presión constante del analista empujaba a los pacientes a recuperar recuerdos en una lucha contra la «resistencia» opuesta a esta coerción.

El contexto inmediato del descubrimiento de la transferencia está constituido por la experiencia de Breuer en el tratamiento de Anna O. (S. Freud, 1887-1902). Como sabemos, Breuer suspende ese tratamiento debido a los intensos sentimientos amorosos que la paciente había desarrollado hacia él.

Como señala Etchegoyen (1986), Freud llega al concepto casi definitivo de transferencia en tres etapas. En nuestra opinión, esas tres etapas se desarrollan respectivamente en torno a tres enfoques teóricos diferentes.

1895. Estudios sobre la histeria: Resistencia a la coerción a asociar

El punto de partida de esta primera descripción es el concepto técnico de asociación libre bajo coerción: se invita al paciente a asociar libremente, mientras el médico lo alienta de forma insistente y continua. En este caso, según Freud, la transferencia actúa como resistencia a asociar libremente y a evocar representaciones desagradables, recuerdos o deseos conflictivos.

Se produce una «falsa conexión» entre el pasado y el presente. Por ejemplo, la paciente Anna O. había sentido, en un pasado lejano, el deseo de ser besada por un hombre con el que estaba hablando; ese deseo había permanecido inconsciente. Ahora aparece en el tratamiento, pero en relación directa con el terapeuta. En vez de presentarse como el recuerdo de un deseo del pasado, aparece en el presente y vinculado a una persona diferente: el terapeuta. Se produce, por lo tanto, un doble error, una doble «falsa conexión»: temporal (entre el pasado y el presente) y personal (entre el hombre al que había deseado besar y el terapeuta).

1900. La interpretación de los sueños: La transferencia de la «carga energética» (catexis)

La noción que subyace a la conceptualización de la transferencia no es técnica, sino «económica». Pensamos en términos de transferencia de la «carga energética» (catexis) de una representación a otra. Del mismo modo que en los sueños el deseo inconsciente desplaza su carga a un resto diurno, en la relación terapéutica el analista es el soporte sobre el que se desplaza —se transfiere— la catexis del deseo inconsciente. Desde este punto de vista, el analista es tratado como un resto diurno.

1905. Epílogo al análisis de Dora: La neurosis de transferencia

En esta tercera etapa, Freud parte de un punto de vista psicopatológico. La neurosis sintomática con la que el paciente llega al tratamiento producirá —creará— en la relación con el analista una especie de «nuevo síntoma» que sustituye a los síntomas anteriores. Este síntoma se basa en un tipo especial de «formaciones de pensamiento» generalmente inconscientes. Esas formaciones de pensamiento o «estructuras mentales nuevas» se denominan fantasías (encontramos aquí las premisas de la noción de «fantasía inconsciente» desarrollada más tarde por Melanie Klein y Susan Isaacs, que trataremos más adelante). Esas fantasías inconscientes son el equivalente del pensamiento latente del sueño.

Las fantasías inconscientes pueden convertirse en conscientes durante la cura, pero con las siguientes particularidades: por una parte, las personas del pasado se encarnarán en el terapeuta; por otra, las experiencias psicológicas del pasado son revividas como si fueran experiencias del presente.

Según Freud, algunas de esas experiencias del pasado se reviven de manera prácticamente idéntica a las experiencias antiguas. Si estableciéramos una analogía con la

primera edición de un libro, podríamos describirlas como «reimpresiones». En cambio, en otros momentos se trata de construcciones mentales que, al igual que los contenidos manifiestos de los sueños, son modificadas por la influencia modeladora de los hechos y circunstancias de la realidad actual que afectan al terapeuta o a la situación analítica. Se trata más bien de «nuevas ediciones» y no de simples «reimpresiones». En realidad, son el resultado de las sublimaciones.

Experimentar la realidad presente según lo que se ha vivido antes es un hecho universal presente en todos los aspectos de la vida de un individuo. Los fenómenos transferenciales también pueden aparecer en otras relaciones: no son exclusivos del tratamiento, aunque este los pone de manifiesto más fácilmente (Fenichel, 1941).

En ese momento de su teoría, cabe considerar que Freud ha llegado al punto esencial de su conceptualización de la transferencia (Etchegoyen, 1986). De manera resumida, diríamos que para Freud el objetivo del tratamiento es «hacer consciente lo inconsciente». Curiosamente, la transferencia tiene, para Freud, un doble valor: es a la vez un obstáculo a la rememoración (una «resistencia») y un «agente auxiliar» de la cura, en la medida en que se consigue trasladar ese fenómeno al paciente mediante la interpretación y hacer que tome conciencia del mismo.¹

Esta concepción freudiana fue complementada por Anna Freud. En *El yo y los mecanismos de defensa* (1936) se propone la idea de que no solo se transfieren las pulsiones y las tendencias inconscientes (lo «resistido»), sino también los mecanismos de defensa (la «resistencia»). Basándose en la segunda tópica de Freud² (teoría estructural: ello – yo – superyó – ideal del yo), Anna Freud dirá que tanto el ello (considerado como la reserva pulsional) como el yo (al que pertenecen las defensas) intervienen en el fenómeno transferencial. Se transfieren al objeto de amor y de odio no solo las pulsiones positivas y negativas y los afectos correspondientes (originados en el ello), sino también las defensas contra estos (situados en el yo).

La transferencia de las pulsiones corresponde a irrupciones del ello que la personalidad adulta del paciente siente como extrañas. Esta irrupción, a semejanza de lo que ya sucedió en la infancia, provoca la angustia frente a esas pulsiones conflictivas y activa la repetición en la transferencia de los viejos modelos defensivos que habían sido utilizados por el yo del niño. Esas defensas son a menudo egosintónicas y no percibidas como un cuerpo extraño. Por ese motivo, en la práctica analítica clásica a partir de Anna Freud se aconseja que la interpretación vaya del yo (las defensas) al ello (los contenidos pulsionales), pasando por el afecto y la angustia.

Según Anna Freud, la transferencia repite un momento completo de la historia infantil constituido por un conjunto de relaciones de objeto, pulsiones, angustias y las correspondientes defensas. Este conjunto se moviliza de nuevo y se reorganiza en torno a la persona del analista. Por esta razón, y por analogía con lo que Freud denominó neurosis infantil del conflicto edípico, hablamos de neurosis de transferencia.

Esta teoría de la transferencia sigue siendo válida para la gran mayoría de analistas, aunque limitada a lo que llamamos la patología «neurótica», es decir, a los trastornos que

tienen su origen en personalidades que en su desarrollo han constituido la organización triangular edípica. Por lo tanto, podemos llamarla transferencia neurótica.

Veamos tres breves ejemplos de manifestación de la transferencia neurótica:

** Un niño de tres años y medio llega a la sesión diciendo al analista: «¡Qué raro, hoy creía que eras un lobo!». El niño percibe al analista como una amenaza hostil (representada por el lobo), pero a la vez percibe la realidad, a saber, que el analista no es un lobo. Las asociaciones y el juego del niño permitirán poner de manifiesto el origen de la repetición transferencial. Se trata básicamente de la rivalidad edípica con su padre y de la proyección sobre él de su hostilidad, reflejada en la situación terapéutica por la evocación de una paciente con la que se había cruzado en la sala de espera al acabar la sesión anterior.*

** A propósito de un sueño en el que se encuentra con el analista en una situación muy sugerente, una mujer dirá: «No sabía que en el análisis no solo se hablaba y comprendía la infancia, sino que se vivía directamente».*

** Una paciente al comienzo de la sesión: «Es una locura, cada día se parece más (físicamente) a mi padre».*

La transferencia en las organizaciones preneuróticas (transferencia precoz): las tres corrientes de la transferencia preneurótica según los modelos de desarrollo precoz: Anna Freud; Ferenczi–Balint–Winnicott; Klein–Isaacs–Bion

Como acabamos de ver, lo que se repite en la transferencia, según Freud y Anna Freud, es la manera en que cada niño se ha enfrentado y ha resuelto, en su desarrollo, el conflicto edípico (la «neurosis infantil»). Esta manera es diferente en cada persona y constituirá la organización neurótica de la personalidad tanto normal como patológica, con sus distintas características relacionales, pulsionales, defensivas —sobre todo el rechazo, la identificación y la sublimación— y posiblemente sintomáticas.

Para Freud, solo los pacientes que han constituido este tipo de organización de la personalidad son capaces de catectizar transferencialmente al terapeuta, y las denomina «neurosis de transferencia». Las otras organizaciones patológicas —psicóticas o que manifiestan trastornos de carácter— no pueden desarrollar una transferencia (Freud las llama «neurosis narcisistas») y, por consiguiente, para ellas no estaría indicado el psicoanálisis.

No obstante, gracias a la experiencia acumulada por el propio Freud, y sobre todo por sus discípulos, especialmente Abraham (1927), poco a poco se fue viendo que esas «neurosis narcisistas» también podían establecer una transferencia no neurótica y, por consiguiente, serían analizables. Esa transferencia no neurótica corresponde a las etapas del desarrollo anteriores a la organización edípica, con las diferencias y vicisitudes propias de cada persona. La comprensión y el planteamiento técnico del análisis de esa transferencia no neurótica dependerá directamente del concepto a menudo implícito que los distintos autores se forman de esas etapas precoces. Conocer esas distintas concepciones del desarrollo precoz nos permite comprender mejor las raíces de algunas diferencias teóricas y técnicas, a veces importantes, entre los enfoques psicoanalíticos actuales.

Hay básicamente tres corrientes teóricas sobre el desarrollo precoz que designaremos, esquemáticamente, con los nombres de los principales autores que las introdujeron: Anna Freud (psicología del yo); Ferenczi–Balint–Winnicott; M. Klein–S. Isaacs–W. R. Bion. Describiremos sucesivamente esas tres corrientes, así como sus consecuencias para el conjunto de los elementos de la técnica, empezando por las que afectan a la transferencia precoz.

1. Corriente Anna Freud (psicología del yo)

Modelo de desarrollo precoz

Según Anna Freud, en la primera infancia, antes de la constitución del yo, no hay personalidad ni verdadera relación.

Por consiguiente, esta corriente no toma en consideración, al menos en sus orígenes, las manifestaciones transferenciales preedípicas.

Respecto de las organizaciones preneuróticas, encontramos:

2. Corriente Ferenczi–Balint–Winnicott

Modelo de desarrollo precoz

Esa corriente se basa fundamentalmente en algunas nociones propuestas por Freud, sobre todo en sus primeros trabajos, así como en aportaciones posteriores, principalmente de Ferenczi y de Winnicott. La primera se refiere al narcisismo primario considerado, según Laplanche y Pontalis (1968), como un «estado rigurosamente anobjetal o, por lo menos, indiferenciado, sin escisión entre un sujeto y un mundo exterior». Esos autores añaden que esta «fase hipotética», que caracteriza el comienzo de la vida, marcada por la omnipotencia del pensamiento, plantea el problema de la «génesis de la relación del objeto con el mundo exterior y del acceso a la realidad».

El funcionamiento propio del narcisismo primario, donde el sujeto se satisface por y en sí mismo, lo resume Freud con su famosa frase: «Lo exterior, el objeto y lo odiado habrían sido idénticos al principio» (*Los instintos y sus destinos*, 1915). Por consiguiente, en esta corriente el conocimiento del mundo exterior se hará necesariamente por la fuerza y de mala gana. La idea básica es que el bebé se identifica con todo lo que percibe bueno y agradable y expulsa fantasmáticamente todo lo que es malo y desagradable: mediante esta expulsión construye su exterior. Ahora bien, en esta situación el bebé no tiene razón alguna para ir hacia ese «afuera» identificado con lo que odia. Ese frágil equilibrio del narcisismo primario lo hará fracasar —la frustración—. La primera reacción del bebé ante la experiencia de frustración consiste, según Freud, en la alucinación de la satisfacción, respuesta cuya eficacia es forzosamente pasajera y que acaba fracasando. El bebé recrea en su mente lo que le falta, y eso le alivia durante un tiempo, no mucho, de modo que el pequeño se ve obligado a aceptar entrar en contacto con la realidad, conocerla y representársela. Todo el trabajo mental que el individuo

realizará más tarde estará marcado por sus comienzos, y será exactamente así: un trabajo realizado por obligación, impuesto, del que el sujeto prescindiría de buena gana.

Otra de las nociones propuestas por Freud, vinculada a la de narcisismo primario, es la de *Hilflosigkeit*. Con este término Freud sugiere la idea, también extendida en su época, de que al comienzo de su vida el bebé vive en un estado de desamparo y de dependencia absoluta de su madre. El recién nacido se hallaría en un estado de «prematuridad», que lo incapacita para actuar sobre su entorno. Además, como ese estado de fragilidad es originario e inevitable, hace que el bebé y el niño sean especialmente sensibles a los traumas, que se vuelven necesariamente universales y múltiples.

Hay, por lo tanto, un vínculo de gran coherencia interna entre las nociones de narcisismo primario, *Hilflosigkeit* y trauma. En términos generales, esa corriente podría llamarse «deficitaria» en el sentido de que resalta las carencias y las insuficiencias del bebé y considera que las primeras etapas de la vida están marcadas por la dependencia, la pasividad y la fragilidad extremas. Esta concepción «deficitaria» contrasta con el modelo «conflictivo», más frecuente en el psicoanálisis anglófono, donde se da más importancia a los conflictos entre amor, odio y conocimiento que a las carencias del individuo (Abella, 2011). Insistiremos en este punto.

La transferencia precoz en la corriente de Ferenczi–Balint–Winnicott

¿Cuáles son las repercusiones clínicas de esas posturas teóricas sobre el desarrollo precoz? En la clínica derivada de la corriente que acabamos de describir, el trabajo sobre la transferencia es muy importante para los pacientes que presentan una organización neurótica —posición depresiva de M. Klein,³ llamada también por Winnicott fase de concernimiento— (Winnicott, 1955). En cuanto a los otros pacientes, como ya hemos visto, se consideran perturbados en su desarrollo por un entorno relacional inadecuado. En consecuencia, vivirán su «estado deficitario» en el presente de la relación analítica (Etchegoyen, 1986). Winnicott, retomando la idea de Ferenczi,⁴ propone para esos pacientes renunciar a la interpretación para privilegiar la «actitud» del terapeuta. En 1955 precisa esta actitud: se trata de dar al paciente la oportunidad de reparar las fallas de su desarrollo. Necesita experiencias relacionales concretas que le permitan regresar e iniciar de nuevo su camino, para conducirlo a abandonar el patrón de conducta «adaptativa» que deriva del «falso *self*». Es muy importante en el tratamiento no interferir en el proceso de regresión para no perturbar su desarrollo.

Al igual que Winnicott, una parte de los psicoanalistas de la corriente de la psicología del yo (Zetzel, 1956) tampoco cree que esos pacientes del segundo tipo sean susceptibles de ser analizados con la técnica clásica. Otros analistas han propuesto para esos pacientes «técnicas activas» (Ferenczi, Balint), «experiencias emocionales correctivas» (Alexander, 1957), «actos simbólicos» (Anzieu, 1986) o incluso técnicas dirigidas a representar —simbolizar— con el paciente —para el paciente, a veces en lugar del paciente— lo que se ha mantenido en negativo (A. Green, 1993; Botella, 2001). Una idea importante es que el paciente no solo sufre experiencias negativas, sino también la falta de experiencias que deberían haberse producido. Es una patología de la carencia, del déficit.

Los trabajos de C. y S. Botella pretenden poner de manifiesto esta problemática. Proponen que, en la sesión, el analista se sitúe en posición de sufrir una regresión formal del pensamiento con objeto de privilegiar el funcionamiento alucinatorio. Gracias a esta regresión, el analista puede «imaginar», casi siempre de forma visual, lo que el paciente no consigue representarse. Esta disposición ortopédica del analista —en la que actúa «para» el paciente, «en lugar» del paciente— se describe como un funcionamiento «doble» con el paciente. Vemos que en esta corriente no se trata de recuperar un pasado rechazado o escindido, sino de construir *ex novo* lo que antes no pudo ser representado (Abella, 2011).

La principal objeción a esa corriente se dirige a su hipótesis etiológica, basada en los primeros trabajos de Freud sobre el desarrollo precoz. Nosotros creemos que esas primeras ideas de Freud sobre la inmadurez, es decir, la prematuridad del sistema nervioso central, estaban influidas por los conocimientos neurofisiológicos de la época. Constituyen la «parte de las neurociencias» (Manzano, 2007) de las construcciones psicoanalíticas freudianas. Como veremos más adelante, esas construcciones freudianas cambiarán en función de los avances en neurobiología, especialmente con los descubrimientos de Ramón y Cajal. Hoy en día, las investigaciones en neurociencias de los últimos decenios han mostrado de forma convincente que el bebé llega al mundo dotado de una serie de competencias innatas complejas, «precableadas» (Purves, Augustine *et al.*, 2004). Esas competencias permiten al recién nacido percibir su entorno, entrar en contacto con su madre, comunicarse con ella y modular sus interacciones, de tal modo que se ha dicho que el bebé «viene al mundo programado para entrar en relación y reprogramarse en función de esta relación» (Manzano, 2007). Es más, al bebé le produce placer el aprendizaje, que es donde se muestra más activo.

Dicho de otro modo, lejos de mostrarse totalmente vulnerable y pasivo, el pequeño es capaz de enfrentarse a los conflictos y dispone de «armas para afrontar posibles traumas» (Manzano, 2007), por supuesto dentro de ciertos límites. Desde este punto de vista, tanto las nociones de narcisismo primario como de *Hilflosigkeit*, que nos remiten la imagen de un bebé encerrado en sí mismo, autárquico e incapaz de actuar con eficacia sobre su entorno, pierden gran parte de su valor heurístico.

Por otra parte, la crítica más frecuente dirigida a la técnica propia de esta corriente afirma que «desresponsabiliza» al paciente, al considerarlo únicamente una víctima pasiva de su medio. Ese tipo de técnica basada en las aportaciones del entorno puede conducir a lo que Kris (1956) describió como un «falso *insight*». En este caso, se corre el riesgo de que la sesión psicoanalítica sea falsamente satisfactoria tanto para el terapeuta como para el paciente: «toda la vida del paciente se contempla desde una perspectiva simplista y unilateral; se está ante una especie de revelación luminosa» (Kris, 1956). Se supone que todo es consecuencia de un cataclismo precoz y concreto en la infancia y que el paciente prácticamente no es responsable de nada: está abierto el camino para la racionalización.

3. Corriente M. Klein–S. Isaacs–W. R. Bion

Modelo de desarrollo precoz

El problema se plantea en términos muy distintos si se considera que un bebé sano ya está equipado, desde su nacimiento, para enfrentarse a su entorno. M. Klein desarrolló su modelo de psicoanálisis infantil totalmente al margen de la influencia de la neurofisiología, a partir de su experiencia y de sus observaciones empíricas. Sin embargo, como señaló Stern (1980), el modelo kleiniano ha resultado ser totalmente compatible y coincidente con los conocimientos actuales de las neurociencias que acabamos de mencionar, así como con los estudios empíricos sobre el desarrollo del bebé y del niño.

Esta corriente se basa también en dos nociones freudianas:

- A partir de 1912, en *Los dos principios del suceder psíquico*, Freud desarrolló una línea de pensamiento sobre la génesis de la relación del sujeto con el mundo exterior y del acceso a la realidad en textos que se suceden el uno al otro (Laplanche y Pontalis, 1968).
- Freud describe así, en 1915 (*Los instintos y sus destinos*), un «primitivo yo real, que ha diferenciado el interior del exterior conforme a exactos signos objetivos». Se constituye un «yo de placer purificado», tras una escisión entre el sujeto y el mundo exterior. Ese yo placer está constituido por la parte placentera de los objetos del mundo exterior, mientras que el desagrado que se experimenta en el interior del sujeto es proyectado hacia fuera (esta formulación es el precedente de la noción de «posición esquizoparanoide» de M. Klein).
- En 1925 (*La negación*), Freud mantiene el «primitivo yo real» afirmando que el sujeto dispone, de entrada, de un acceso objetivo a la realidad: «Originalmente, la existencia de una representación es ya una garantía de la realidad de lo representado». Asimismo mantiene la noción del yo placer. En un segundo momento, el «yo realidad definitivo» es aquel en el que el sujeto pretende encontrar en el exterior un objeto real correspondiente a la representación del objeto primitivamente satisfactorio y perdido (encontramos aquí la base de la noción de posición depresiva de M. Klein).

En el enfoque propuesto por M. Klein y compartido por el conjunto de las escuelas kleiniana y poskleiniana, se considera que el bebé está orientado hacia el exterior desde el comienzo de su vida y que dispone de un yo capaz de construir representaciones desde el momento de su nacimiento (y probablemente incluso antes). Esas representaciones, muy rudimentarias al comienzo, son el resultado del encuentro entre el mundo circundante y su propia pulsionalidad, y evolucionarán con el desarrollo del niño (Abella, 2011).

Ese modelo fue denominado «conflictivo», en relación con el modelo anterior, que fue calificado de «deficitario». En efecto, allí donde uno insiste en las carencias del individuo—su fragilidad, su dependencia absoluta, su pasividad, su tendencia a la autarquía—el modelo kleiniano destaca los conflictos pulsionales entre el amor, el odio y el conocimiento. Por consiguiente, las fallas en la simbolización se atribuyen no a una

reticencia inicial a la representación, sino a los conflictos del individuo en torno al objeto que hay que representar. Por lo tanto, en la práctica terapéutica propia de este modelo, la atención se centra no tanto en las fallas del entorno —pasadas o actuales— como en la manera en que el individuo ha reaccionado, lo que ha puesto de sí mismo y lo que ha hecho con ello. Esas fallas, a veces reales, a veces imaginarias, no deben negarse. Al contrario, a menudo requieren un importante trabajo de exploración de la manera como el individuo las comprende y las siente. No obstante, se cree que los cambios terapéuticos sobre todo derivan de la transformación de las fantasías inconscientes del paciente tal como aparecen en la transferencia.

De hecho, esta corriente de pensamiento utiliza más la noción de «fantasía inconsciente» que la de representación, puesto que la representación se produce necesariamente en el interior de una relación emocional más o menos compleja, de manera que la parte ideacional (la representación *stricto sensu*) no puede separarse de los otros elementos. A lo largo del desarrollo, el individuo bien mentalizado puede construir representaciones abstractas y simbolizadas, más o menos alejadas de los afectos. No obstante, las que se tratan en la clínica casi siempre están fuertemente cargadas de afectos manifiestos o latentes.

¿Qué se entiende por fantasía inconsciente? Según Hinshelwood (1989), es la «representación psíquica de los hechos somáticos que incluyen las pulsiones; son sensaciones físicas interpretadas como relaciones con los objetos que las provocan». Tienen, por lo tanto, un doble aspecto: por una parte, el vínculo con la pulsión es fundamental hasta el punto de que S. Isaacs (1948) las considera el «representante psíquico de la pulsión». Por otra parte, conservan la huella de lo que se ha vivido, como sugiere la expresión de M. Klein: «memories in feelings» (Klein, 1961). En otras palabras, la fantasía inconsciente puede describirse como un escenario que conecta a un sujeto que espera algo del objeto con una anticipación de la respuesta deseada o temida por parte de este objeto. Es, por lo tanto, una mezcla de pulsión, relación de objeto, angustias y defensas específicas.

Al principio, las fantasías inconscientes son muy rudimentarias, concretas, muy cercanas al cuerpo y no muy coincidentes con la realidad exterior. Más tarde, durante el desarrollo, se enriquecen y se vuelven más abstractas, más simbólicas y más cercanas a la realidad compartida. No obstante, ya sean arcaicas o elaboradas, lo importante es que dominan la vida psíquica del individuo. Su relación con la realidad exterior es bidireccional: reflejan por una parte esta realidad y pueden ser modificadas por ella. De modo que M. Klein afirma que las fantasías persecutorias del bebé son aliviadas y transformadas por sus buenas experiencias reales. Por otra parte, influyen en la manera en que cada individuo percibe la realidad y tienen tendencia a buscar confirmación; por consiguiente, a menudo suscitan reacciones coincidentes con el contenido de la fantasía. Esto no solo quiere decir que muchas veces uno ve el mundo según el color del cristal con que lo mira, sino también que, con frecuencia, se provoca lo que se desea y también lo que se teme. Es precisamente esta doble relación de la fantasía inconsciente con la realidad exterior la que abre el camino a los efectos terapéuticos: las fantasías

inconscientes son modificadas por el exterior y, una vez modificadas, nos permiten ver nuestro pasado bajo una luz distinta y vivir nuestro presente de una manera más satisfactoria.

La transferencia precoz para la corriente Klein–S. Isaacs–Bion

La comprensión de la transferencia deriva de esta idea de la relación entre el mundo interior y el exterior. La transferencia se entiende como la reactualización de las fantasías inconscientes en la relación con el analista. Es importante añadir un matiz: lo que se reactualiza no son las relaciones con los personajes reales de nuestra infancia, sino las fantasías inconscientes que hemos elaborado a partir de esas relaciones, incluyendo todas las modificaciones que han sufrido a lo largo de nuestra vida (Abella, 2011).

Para la corriente kleiniana y poskleiniana, esa transferencia se origina por el mismo proceso que determina la tendencia a la relación de objeto innata en las etapas del desarrollo. A semejanza de lo que ya hemos descrito sobre la transferencia neurótica como repetición de la neurosis infantil, lo que se establecerá en la transferencia, en este caso, es la repetición de las vicisitudes de los conflictos precoces, tal como están inscritos en las fantasías inconscientes, con sus derivados pulsionales, afectos y defensas. Más exactamente, lo que se repite no son las relaciones precoces originales, sino las fantasías inconscientes construidas a partir de estas relaciones, con todas las modificaciones impresas en esas fantasías por experiencias posteriores. Esas transformaciones se han descrito en el psicoanálisis francés como *après-coup* (Abella, 2010).

Hay que tener en cuenta que el niño pequeño primero «procesa» las experiencias — fantasías inconscientes — en términos no verbales (*Memories in feelings*, Klein) y que, por lo tanto, el niño y el adulto expresarán sus vivencias precoces en la transferencia de forma preverbal o paraverbal mediante juegos, actos, actitudes y expectativas. También se expresan, en un nivel más evolucionado, en los sueños, asociaciones verbales, recuerdos-pantalla, mitos familiares, rasgos de carácter y síntomas. Podemos decir que el bebé, que no tiene lenguaje, permanece siempre «oculto» en el interior de un niño o de un adulto que puede «comunicarlo» con ese bebé e integrarlo en la terapia. Por lo tanto, las experiencias precoces no verbales pueden ser interpretadas en la transferencia, cosa que permitirá una recontextualización, como dice Etchegoyen (1986).

Las objeciones más frecuentes a ese modelo tienen que ver, por lo general, con la técnica interpretativa de M. Klein, que a veces consiste en traducciones simbólicas automáticas y muy precoces, sin respeto al *timing* del paciente. Se tiene el temor de que puedan favorecer la racionalización y tener un efecto de adoctrinamiento. La corriente poskleiniana ha trabajado mucho para evitar los riesgos de sugestión y de seducción en la cura, riesgos que son consustanciales a toda relación humana, pero que conviene considerar con gran detenimiento (Abella, 2012).

Aunque nos adherimos a este modelo, creemos que algunas interpretaciones no están suficientemente basadas en material asociativo «preconsciente». Además, son «muy profundas», es decir, se refieren a angustias y defensas arcaicas, enfocadas de manera preferente a la transferencia negativa. Por consiguiente, se dirigen prioritariamente a la

parte psicótica de la personalidad, olvidando el hecho de que, como demostró Bion, siempre hay una parte neurótica de la realidad que coexiste con la parte psicótica. Otra crítica sugiere que los analistas kleinianos y poskleinianos no tienen suficientemente en cuenta la realidad exterior, tanto pasada como presente. Este hecho les haría descuidar la interpretación de las «transferencias paralelas» actuales con personas vinculadas con el paciente. Esta crítica procede sobre todo de quienes insisten en la presencia inevitable de traumas: en ella se ven con especial claridad las consecuencias técnicas de las posturas teóricas previas.

Además creemos que, aunque en la relación con el analista siempre hay una transferencia —«ya que todo es transferencia» (Etchegoyen, 1986)—, por la misma razón, también hay una relación con la persona real del terapeuta, la que permitirá al paciente reconocer e integrar la vivencia transferencial como tal (Strachey, 1934). Un trabajo centrado en el aquí y el ahora de la relación confirmaría, implícitamente, la «falsa conexión» de la que hablaba Freud a propósito de la transferencia. Por otra parte, el trabajo de reconstrucción de la historia de la vivencia del paciente, que hemos llamado «historia fantasmática» (Manzano, 2011), a menudo contribuye a reforzar el sentimiento de coherencia y de continuidad interna que nos es tan necesario.

La transferencia precoz en la clínica contemporánea

El desarrollo de las corrientes clásicas posfreudianas

1. Los desarrollos de la corriente «psicología del yo»

Un desarrollo de esta corriente que tuvo gran importancia en Estados Unidos es el de la «psicología del *self*» (Kohut, 1971), que describiremos más adelante (véase transferencia narcisista, p. 66 ss).

Hay otro desarrollo representado por una aproximación a la corriente poskleiniana por parte de algunos autores seguidores de Anna Freud, incluidos los independientes británicos como Bollas, Casement y otros. Esos autores comparten la idea de que la transferencia precoz es un elemento fundamental de la cura.

2. Los desarrollos de la corriente Ferenczi–Balint–Winnicott. Transferencia y experiencias traumáticas precoces

Hemos asistido en estas últimas décadas a un nuevo resurgir del interés por la cuestión del trauma, especialmente del trauma precoz, por su importancia en la constitución del psiquismo y la manera de abordarlo en la cura. Muchos autores, sobre todo en la literatura francófona (Bokanowski, 2000), (Brette, 1988), (Dayan, 1995), (Fine, 2002), (Janin, 1996), (Roussillon, 2000), han propuesto comprender la naturaleza de lo transferido a través de la noción de trauma basándose, sobre todo, en algunos trabajos de Freud, Ferenczi y Winnicott, que vamos a resumir.

La noción de trauma en la obra de Freud

Los elementos fundamentales de esas teorizaciones se basan en aspectos de la evolución del pensamiento de Freud a propósito de las relaciones entre la realidad externa y la realidad interna descrita recientemente de manera detallada por GrubrichSimitis (1988). Podemos decir, de forma resumida, que la primera teoría propuesta por Freud para explicar el origen de las neurosis cabe entenderla como la unión de una teoría traumática con una teoría de la seducción (*La histeria*, 1895). Se trata de una teoría evenemencial: el trauma sexual es un hecho exterior de naturaleza sexual, real, fechado e identificable.

En 1895, con la noción de *après-coup*, Freud introduce la idea de una participación personal del individuo en el trauma. El hecho de carácter sexual no es traumático por sí mismo, sino por el sentido retroactivo que el sujeto le otorga. Ese sentido retroactivo provoca un flujo de excitación interna que confiere una eficacia traumática a un hecho que hasta entonces se había mantenido inactivo. Esta idea matiza el carácter evenemencial del trauma, que ya no se considera de origen exclusivamente externo, sino también interno. Asistimos con ello al paso de una teoría fundamentalmente evenemencial a una teoría esencialmente económica.

La renuncia de Freud a su «neurótica», en 1897, tendrá dos consecuencias importantes. Por una parte, permitirá una extraordinaria exploración de la realidad interna, fundando a la vez el psicoanálisis. Por otra parte, el abandono de la idea de historicidad real exigirá la reconfiguración del concepto de trauma. Hay que señalar, no obstante, como ya se ha recordado muchas veces, que el énfasis puesto por Freud en la realidad interna coexistió con un interés por la realidad externa a lo largo de toda su obra: «He superado esta teoría sin abandonarla. Quiero decir que hoy en día no la declaro inexacta, sino tan solo incompleta» (S. Freud, 1905) [véase nota 1, pp. 26-27].

Si bien el aspecto económico había estado presente desde el principio, es en *Más allá del principio del placer* (Freud, 1920) donde se torna central: el trauma se describe como una «efracción de paraexcitación». Así pues, el concepto se transforma y se amplía: en adelante, el trauma será el resultado de un desbordamiento de excitación de origen tanto externo como interno. Por otra parte, el año 1920 también aporta, si se hace una determinada lectura de la obra freudiana, una «revalorización» de la realidad exterior, del peso de la historicidad, incluso de la historia material: lo que se repite es lo que ocurrió, incluyendo también todas las deformaciones de la subjetividad.

En *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), Freud da un paso más hacia la extensión del concepto con la introducción del problema de la ausencia de la madre. La pérdida del objeto se convierte en el prototipo de la situación traumática. Esto dio lugar a un desplazamiento entre la noción de frustración del desarrollo y la de trauma: la noción de trauma pierde su especificidad, se amplía y se acerca a la de frustración.

Finalmente, en 1938 (*Esquema del psicoanálisis*), Freud describe el «trauma narcisista» provocado por la amenaza de castración. Al año siguiente, en *Moisés y la religión monoteísta* (1939), desarrolla el estudio de los traumas precoces, preverbales, que han permanecido olvidados y han provocado «daños sufridos precozmente por el yo». Un tema que aparece en ese último texto tendrá consecuencias importantes para las teorizaciones posteriores sobre este concepto: se trata de la descripción de los efectos

«positivos y negativos» del trauma. Los primeros apuntan a la repetición de la situación traumática, abriendo así el camino no solo a la sintomatología y, por lo tanto, a la patología, sino también, y esto es importante, a una posibilidad de elaboración por parte del sujeto. La repetición tiene, por consiguiente, una doble función: es a la vez origen de la patología y está al servicio de la elaboración. Freud presentaba así una noción de trauma muy diferente «efractor por su excitación», que conducía a una importante reconceptualización de la noción de transferencia, vista ahora como portadora del doble valor de la repetición. Cabría evocar, a este respecto, la teoría de la crisis (Erikson, Kaplan), que en nuestra opinión es una alternativa mejor a la del trauma ampliado. En este caso se trata de pruebas, de situaciones que representan siempre una pérdida o una amenaza de pérdida de objeto, tanto de desarrollo como accidentales, que provocan el «desequilibrio» de la organización psíquica y obligan a reorganizarse de otro modo y mejor. Es el desenlace positivo y normal de las crisis de desarrollo como los nacimientos, las separaciones inevitables y hechos equivalentes, pero también las crisis accidentales como la muerte de uno de los padres o una amenaza vital. Para las crisis también hay un desenlace negativo que implica desorganizaciones o reorganizaciones más patológicas.

Dicho de otro modo, la repetición, como efecto positivo del trauma, es responsable de las manifestaciones sintomáticas y permite a la vez su elaboración. Por consiguiente, el trauma se torna no solo universal e ineludible, sino también potencialmente organizador: las fantasías originarias se desarrollarán como un intento de elaboración en respuesta a los traumas inevitables experimentados en contacto con la realidad. En cuanto a los efectos negativos, se dirigen, por el contrario, a evitar su rememoración y repetición, iniciando el camino de lo que luego se desarrollará con el nombre de clínica de lo negativo (Green, 1993): se trata de evitaciones, fobias e inhibiciones, entre las que se encuentra la simbolización, de consecuencias mayores.

La noción de trauma en Ferenczi y Winnicott

Entre las aportaciones de Freud que acabamos de citar y las de Ferenczi y Winnicott, que han sido las más consideradas en las teorías del trauma, se percibe un doble desplazamiento del interés. En primer lugar, donde Freud daba prioridad a la pulsionalidad y a la sexualidad, Ferenczi y Winnicott destacan el lugar que ocupan las necesidades narcisistas, las «necesidades del yo». En segundo lugar, donde Freud privilegiaba la participación personal, la capacidad del aparato psíquico de transformar el trauma, Ferenczi y Winnicott insisten sobre todo en el papel del objeto.

De Ferenczi interesa también su descripción del desconocimiento por el objeto de las necesidades del niño, la imposición violenta del lenguaje del adulto en detrimento del lenguaje propio del niño y la renegación de su vivencia. La respuesta del adulto —por exceso, por defecto, por inadecuación— es la que crea el trauma en el niño. Esta respuesta equivale a una «violación del pensamiento», que produce un «estado de sideración del yo, una asfixia, hasta una agonía de la vida psíquica». La defensa del niño es la «escisión narcisista», que le permite aislarse de la experiencia traumática. Hay que señalar, y es importante desde el punto de vista de las repercusiones en la técnica —

insistiremos en ello—, que para Ferenczi la transferencia se convierte así en una «pura repetición» de los traumas infantiles: el trauma puede repetirse en la relación debido a la actitud «hipócrita y rígida» del analista (Ferenczi, 1933).

Finalmente, lo que más interesa de Winnicott es su descripción de las fallas ambientales —también por defecto, por exceso o por inadecuación—, de la incapacidad de la madre para adaptarse a las necesidades del yo de su hijo, para permitir el desarrollo gradual y progresivo del proceso de ilusión-desilusión. Esas fallas tendrán consecuencias desastrosas en el narcisismo del niño y en su capacidad de simbolizar. También hay que señalar la contribución de Winnicott a la teoría de lo «negativo» cuando describe el trauma de lo no sucedido: «No ha pasado nada cuando algo provechoso podría haber pasado», o las capacidades potencialmente organizadoras de la ausencia, de la falta, sugeridas por su descripción del aspecto patógeno de la «falta de falta».

La importancia concedida a las carencias del entorno con su corolario, que supone la existencia necesaria de los efectos traumáticos, inscrito todo en el contexto de un modelo fundamentalmente deficitario, conduce a posturas terapéuticas específicas. En efecto, de ese modelo deriva la idea de que el terapeuta está obligado a aportar lo que le ha faltado al paciente: ha de actuar como una buena madre para su paciente. Esta actitud del terapeuta provoca un rápido alivio al paciente, que se siente comprendido y «amado». No obstante, esta postura entraña graves riesgos, sobre todo el de la desresponsabilización del paciente, con un refuerzo de la racionalización y de las proyecciones, cosa que, en el fondo, puede impedir la recuperación de lo rechazado y la integración de lo escindido. En resumen: desde el momento en que la carencia corresponde al entorno, el individuo ya no tiene (o apenas) necesidad de cuestionarse, de conocerse y de cambiar.

Un concepto amplio de trauma

De estas fuentes teóricas se desprende un concepto muy amplio de trauma, cuya definición es más económica que evenemencial. Es traumático todo lo que sobrepasa las capacidades de elaboración del individuo, con independencia de la naturaleza del estímulo. De ahí que P. Marty (1990) diga: «Hasta un grano de polvo en un rayo de sol podría ser traumático». No es el hecho lo que importa. Cualquier estímulo, cualquier experiencia y hasta cualquier falta de estímulo o de experiencia, ya sea de carácter externo —una percepción, una inadaptación al entorno, una seducción sexual— o interno —una pulsión, una fantasía, un sueño— puede resultar traumático si produce efracción del aparato psíquico.⁵ El trauma, proteiforme, adoptará la forma tanto de un exceso violento de excitación como de la falta de un estímulo necesario o incluso de una excitación cualitativamente inadecuada.

Es más, según este enfoque, se considera que el trauma es no solo multiforme, sino también inevitable. En efecto, debido a la inmadurez del niño propia de la corriente de desarrollo –Ferenczi–Balint–Winnicott que hemos descrito (véase p. 30 ss), no podemos imaginar un desarrollo psíquico sin la intervención obligada de múltiples traumas. Ahora bien, es importante señalar que sus consecuencias pueden ser tan desastrosas como

organizadoras. En el sentido organizador, serán la base, por la exigencia impuesta al psiquismo de un intento de conexión, del desarrollo fantasmático. En el sentido desorganizador, encontraremos las inhibiciones y empobrecimientos que derivan de los gastos costosos en contracatexis, pero también intentos de unir-elaborar el trauma, como somatizaciones, *actings* y conductas adictivas o perversas.

Por otra parte, el trauma muchas veces no será único, sino acumulativo, ya que la función de los traumas recientes es a la vez cubrir-ocultar y elaborar-unir traumas antiguos. En este sentido, se ha establecido una distinción importante entre lo que se llama «trauma primario u originario», precoz o precocísimo, anterior a la adquisición del lenguaje, y los traumas considerados secundarios, más tardíos, que se insertan en la etapa llamada «infantil», por oposición al originario, según los términos propuestos por F. Brette (1988). Los traumas sexuales descritos por Freud al principio de su obra se incluyen entre estos últimos. Se caracterizan por estar vinculados a un hecho preciso y por intervenir en un sujeto con una cierta capacidad de simbolización, capaz de producir representaciones y, por lo tanto, de rechazarlas. En estos casos, se cree que el efecto traumático se produce por lo que C. Janin llamó el «colapso tópico», término que designa una coincidencia entre fantasía y realidad que hace fracasar la prueba de realidad y desorganiza los rechazos, inundando el yo de excitaciones incontrolables. Es como si el yo se dijese: «si ha podido suceder esto, en contra de la prueba de realidad que establece una separación entre realidad y fantasía, puede suceder todo». Es lo que Janin llama el núcleo «caliente», sexualizado, del trauma.

Los traumas primarios, en cambio, se producirían mucho más precozmente, en un estadio preverbal, en un sujeto inmaduro con capacidades limitadas. No hay producción de representaciones y, por lo tanto, no hay posibilidad de rechazo. En su lugar, se producirá una cicatriz, un vacío (núcleo «frío» de Janin) con una inscripción no verbal en forma de huellas perceptivas y no representativas, siguiendo la oposición percepción-representación. Será la «huella de la no-huella» (Press, 1999). Esas huellas perceptivas brutas no mentalizadas, no transformadas en representaciones, no podrán integrarse en el resto del aparato psíquico ni ser rechazadas. Se mantendrán escindidas, con el riesgo permanente de irrumpir, bajo la amenaza de la imposición de la repetición, tendencia entendida como una forma alucinatoria o actuada, tanto en la conciencia como en la conducta, en el cuerpo o en la transferencia (Roussillon, 2000).

La relación entre estos dos tipos de trauma es compleja. A menudo se interpreta como si fuera de naturaleza acumulativa o por niveles, de modo que los traumas secundarios pueden adquirir el valor de reactivaciones erotizadas de los traumas más antiguos, intentos de elaboración, de conformación de los traumas primarios no simbolizados. En otras palabras, es el «núcleo caliente» que recubre, que intenta unir el «núcleo frío». La traumatofilia, la tendencia a sufrir repetidamente experiencias traumáticas, podría considerarse un intento de autocuración que, a través de la repetición, tendería a la resolución de los traumas antiguos no, o insuficientemente simbolizados. En términos generales, se ha establecido la hipótesis de que todo trauma tardío remite a un trauma arcaico que es esencial elaborar.

En resumen, en este enfoque el trauma adopta un carácter más económico que evenemencial, proteiforme, múltiple, inevitable, universal, a veces tardío pero indefectiblemente precoz, acumulativo y de consecuencias tan destructivas como fecundas. De esta concepción del trauma derivará un concepto especial de la cura que consistirá en buscar el trauma en todos los pacientes, con independencia de cuál sea su tipo de organización psíquica. El trabajo sobre el trauma no forma parte del trabajo de la cura, no es uno de los aspectos de la cura, es *el* núcleo mismo del trabajo de la cura. Y es así hasta tal punto que el análisis a veces se ha descrito como un dispositivo «destraumatizador». Por consiguiente, la transferencia que es importante identificar y tratar es fundamentalmente la transferencia traumática precoz.

Este concepto del trauma ha sido contestado por diversos autores y ha dado lugar a definiciones distintas y a veces contradictorias (Canestri, 2010). Nosotros creemos que de esta definición generalizada del trauma —más económica que evenemencial, que privilegia el trauma precoz por considerarlo universal— se sigue una utilización de este término cualitativamente diferente y cuantitativamente mucho más importante en el psicoanálisis de lengua francesa que en las otras escuelas contemporáneas. Tenemos la impresión de que el trauma francés equivale a la frustración anglófona —precoz, universal, organizadora y desorganizadora— hasta el punto de que estaríamos casi tentados de considerar esta divergencia —aunque sería reductor— como un simple problema de lenguaje.

Hay realmente divergencias de fondo que dependen del modelo de desarrollo precoz que se adopte, ya sea como en este caso la corriente Ferenczi–Balint–Winnicott, o la de Klein–Isaacs, en la que nosotros nos situamos. Como ya hemos visto, ese último modelo de desarrollo precoz se ha visto reforzado por su compatibilidad con las investigaciones neurofisiológicas y los estudios empíricos de los últimos cuarenta años sobre las competencias del bebé. Esas investigaciones y estudios han hecho que un número importante de analistas adopte cada vez más un modelo de desarrollo que concibe al bebé, desde su nacimiento, en relación con su entorno, dotado de una vida fantasmática compleja, capaz de establecer de inmediato relaciones de objeto —aunque al principio sean rudimentarias— y apto para influir activa y eficazmente en su entorno. Desde esta perspectiva, el bebé también está tan dotado y programado constitucionalmente (Manzano, 2007) para interactuar con su entorno de bebé como lo está el adulto para enfrentarse al suyo. Por consiguiente, es discutible la idea de que el trauma es inevitable debido a la fragilidad biológica del recién nacido.

Por otra parte, la noción de trauma implica una nebulosa de asociaciones que pone de relieve las fallas del entorno y conduce irremediabilmente a destacar su contribución. Surge entonces un problema epistemológico. En efecto, es innegable que hay fallas, traumas y abusos sexuales, y que tienen un peso en el desarrollo del niño. El peso de las proyecciones parentales en la constitución del mundo interior de los niños (Manzano, Palacio Espasa y Zilkha, 1999) es un buen ejemplo de ello; no obstante, lejos de hallarse en un estado de dependencia y de pasividad absoluta, el niño está interactuando de manera constante, identificándose con esta proyección o rechazándola. Además, siempre

intervienen otros factores y relaciones, algunos negativos y otros positivos y protectores.⁶ Lo que es más discutible es que la relación analítica o psicoterapéutica, tal como está construida, sea capaz de distinguir lo que corresponde al mundo exterior y lo que pertenece al mundo interior del paciente, y eso «a pesar de» las versiones del paciente de su propia historia. Como sabemos, esas versiones, que cambian regularmente a lo largo de un análisis, son una construcción del paciente. Decidirse por una determinada versión del pasado, construida por el paciente o bien por o con el analista, implica un riesgo de error y de racionalización defensiva importante.

Es más, desde un determinado punto de vista, es muy discutible que sea pertinente establecer esta distinción. En efecto, si se considera que la transferencia es la exteriorización del inconsciente como repetición con el analista de paradigmas relacionales actuales contruidos a partir de la historia real y fantasmática del paciente, el objetivo de la cura habrá de ser necesariamente la transformación de esos paradigmas mediante un trabajo de interpretación surgido de su relación con el analista y que trata sobre esta. En cambio, si se considera el trabajo analítico a partir de un modelo teórico que pone de relieve los efectos traumáticos del entorno se corre el riesgo de desviar la atención de lo que es realmente importante. En este caso, el riesgo que se corre es que el paciente, y más aún el analista, utilice hipotéticas alegaciones de antiguos traumas como una maniobra defensiva inconsciente dirigida a evitar la dolorosa experiencia emocional de vivir profundamente con el paciente, en el aquí y ahora, los aspectos de su mundo interior que le resultan problemáticos, especialmente la agresión y la transferencia negativa. Otra cosa es que el analista, en su atención flotante, o en su ensoñación, recurra a modelos traumáticos de uso privado: sigue en pie el problema de saber cómo ha de utilizar sus fantasías y sus construcciones contratransferenciales en su relación con el paciente. Dicho de otro modo, habría que evitar que el analista utilice el trauma como resistencia (Kris, 1956).

Breve viñeta

Una mujer declaró al comienzo de su análisis que su madre no la había cogido nunca en brazos. El analista no dio importancia a esta afirmación. Tras cinco años de análisis, la paciente exclamó un día espontáneamente: «¡Cómo pude decirle que mi madre no me cogió nunca en brazos!».

En la tradición del psicoanálisis francés surge un pensamiento especialmente original propuesto por la École Psychosomatique de París, organizado en los años cincuenta y sesenta en torno a algunos psicoanalistas como Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Michel Fain y Christian David (Smadja, 2008). En la década siguiente, Pierre Marty creó el Institut de Psychosomatique (IPSO) y desarrolló un cuerpo doctrinal que pretende superar el dualismo cuerpo-alma.

Marty expone la idea de «equilibrio psicosomático» proponiendo un concepto de funcionamiento mental que permite distinguir los diferentes grados de calidad. Se presta especial atención a la calidad del sistema preconsciente, «centro de la economía psicosomática», que constituye el mejor indicio del nivel de funcionamiento mental. De hecho, el centro de este modelo es la capacidad del individuo para mentalizar, para simbolizar, de modo que sus carencias se vinculan a los trastornos psicosomáticos. Por

esta razón, dado que la enfermedad está asociada a un fallo de mentalización, ese modelo tiene un carácter deficitario (Press, 2017).

Dos son las nociones fundamentales que intentan describir ciertos riesgos patológicos vinculados a los defectos de mentalización. La primera es la de «pensamiento operatorio, que describe un tipo de funcionamiento concreto, pegado a la realidad e impulsor de la acción, con un distanciamiento de la emoción y una pobreza de la vida fantasmática (Marty y de M'Uzan, 1963). La segunda es la de «depresión esencial», depresión pobre en sentidos y afectos, con manifestaciones sintomáticas multiformes. Ambas pueden manifestarse en la transferencia que no es interpretada.

En cuanto al tratamiento, ese modelo dirige nuestra atención hacia los defectos de mentalización tal como aparecen en la relación entre el analista y el paciente. No hay técnica específica de psicoterapia. Según Smadja (2008), se concibe el tratamiento como complementario de las terapias médicas y quirúrgicas y su objetivo es permitir que el paciente enfermo recupere o encuentre el mejor nivel posible de funcionamiento psíquico. P. Marty enunció una regla marco que señala el abanico de posibilidades que se dan en el campo de la actividad interpretativa. Esta regla marca dos polos: uno es lo que denomina la «función maternal del terapeuta», que es una actitud de acompañamiento de todos los movimientos psíquicos del paciente, y tiende a establecer o a restablecer una paraexcitación o, por el contrario, a aportar nuevas fuentes de excitación cuando las anteriores fallan. El otro polo lo constituye la función de intérprete en los psicoanálisis clásicos. El psicoanalista podrá elegir también interpretaciones al estilo psicodramático y lúdico para cortocircuitar discursos cerrados sobre el modo operatorio y racionalizante. Se recomienda optar por el sillón cara a cara y la frecuencia de las sesiones puede ser entre una y tres por semana.

La regla de «ni demasiado, ni demasiado poco» ha de guiar la decisión del psicoanalista. En todos los casos, la presencia activa del psicoanalista tiene un valor inestimable para su paciente.

3. Los desarrollos de la corriente Klein–Isaacs–Bion

Las escuelas kleiniana, poskleiniana y posbioniana son las que convierten la transferencia en la piedra angular del psicoanálisis y de la psicoterapia, tanto respecto de la comprensión de los fenómenos clínicos como respecto de la técnica. De ello deriva un enfoque técnico que pone de relieve la comprensión detallada de la relación entre el analista y el paciente, es decir, del trabajo centrado aquí y ahora. La relación entre el analista y el paciente se presenta, pues, como el espacio por excelencia del trabajo psicoanalítico, según el famoso aforismo de Freud: «nadie puede ser vencido *in absentia* o *in effigie*» (S. Freud, 1912).

En los años treinta, J. Strachey (1934), en un artículo que se ha convertido en uno de los trabajos psicoanalíticos más citados, propuso considerar la transferencia como el resultado de la proyección sobre la situación analítica no de objetos externos pertenecientes al pasado del niño, sino de objetos internos que forman parte del mundo

interior actual del paciente. Esos objetos internos son imágenes mixtas del objeto real y de la fantasía; este concepto ya lo había descrito Freud en *Duelo y melancolía*. Strachey describió sobre todo las vicisitudes de la proyección de los objetos internos constitutivos del superyó. Para Strachey, la interpretación mutativa, es decir, la que es capaz de producir un cambio en el paciente, se basa en la disparidad entre las imágenes superyoicas que el paciente proyecta sobre el analista y la reacción auténtica de este último.

Unos veinte años más tarde, M. Klein (1952) añadió la idea de que, para percibir la transferencia en sus detalles «es esencial pensar en términos de situaciones totales transferidas del pasado al presente, incluyendo emociones, defensas y relaciones de objeto». Durante muchos años, prosigue Klein, la transferencia se entendió referida únicamente al análisis, y solo gradualmente se llegó a la idea de que también las asociaciones y comentarios de un paciente sobre su vida diaria, el momento de la sesión en que aparecen y su orden secuencial proporcionaban pistas sobre la naturaleza de los episodios de ansiedad suscitados en la situación transferencial.

Betty Joseph propuso en 1966 la noción de transferencia como «situación total» (Joseph, 1985). Uno de los aspectos importantes de esta noción es la idea de que la transferencia es un fenómeno vivo, permanentemente sometido al movimiento y al cambio. No se constituye de una sola vez, en una sesión o durante un largo período, sino que evoluciona constantemente en el transcurso de cada sesión. Un segundo aspecto importante de esta teoría es la idea de que es esencial que esos movimientos constantes, esas transformaciones en el contenido transferencial sean identificados hasta en el más mínimo detalle y plenamente percibidos en la relación entre el analista y el paciente, de modo que este último pueda apropiárselos y reconocerlos como parte de su propia realidad psíquica. Más aún, es justamente el trabajo sobre las transformaciones transferenciales constantes lo que abre el camino al cambio psíquico. La experiencia del paso de un movimiento transferencial a otro, en la sesión, es en buena medida lo que permite al paciente transformarse.

Todo lo que el paciente aporta a la sesión contribuye a aclarar la naturaleza de la transferencia: habrá que tener en cuenta no solo los relatos del paciente sobre su pasado y su presente, sino también la manera en que utiliza al analista, lo que le hace sentir, la forma como intenta atraerlo hacia sus sistemas defensivos y hacerlo actuar, así como la manera de «entender» y «utilizar» sus interpretaciones. Gracias a esa escucha orientada a la situación total, es posible identificar el nivel de organización al que recurre un paciente en un momento dado y mantenerse atento a sus próximos cambios. Es más, según B. Joseph (1985), ese minucioso interés no solo por las asociaciones verbales del paciente, sino por la totalidad de lo que aporta a la sesión es lo que permite abordar el análisis de las experiencias que sobrepasan la esfera de lo que puede ser verbalizado, dando acceso a las relaciones de objeto precoces, a las organizaciones defensivas arcaicas y a las modalidades que permiten al paciente comunicarlas. Dicho de otro modo, y esta es la mayor preocupación de B. Joseph, se trata de entender la transferencia no

solo en sus aspectos más superficiales y verbales, sino en toda su complejidad, a fin de permitir al paciente un cambio profundo y duradero.

Esta noción de B. Joseph ha tenido mucha influencia, aunque puede considerarse extremada, en el sentido de que no tiene en cuenta —como creemos nosotros— la existencia de transferencias en las relaciones extraanalíticas (Etchegoyen, 1986), que ciertamente pueden ser distinguidas e interpretadas a partir de lo que se ha constatado en la situación analítica.

Hoy en día, entre los analistas poskleinianos dominan básicamente esas nociones de M. Klein y de B. Joseph, enriquecidas a menudo por aportaciones bionianas que destacan las modalidades de la comunicación entre el analista y el paciente. La aportación fundamental de Bion y de Money-Kyrle consiste en considerar minuciosamente no solo los objetos internos del paciente, sino la manera en que las identificaciones proyectivas de este son recibidas, contenidas, pensadas y finalmente entregadas por el analista al paciente, de modo que le permitan desarrollar su capacidad de mentalización. Volveremos a tratar este aspecto.

Ejemplo clínico

Una paciente empieza la sesión expresando con profunda emoción su sensación de no avanzar. Se lamenta de sufrir accesos de cólera injustificados e incomprensibles, sobre todo con sus hijos. A veces piensa que se está volviendo loca. Luego manifiesta la esperanza de que una actividad deportiva que está a punto de iniciar la ayude a controlarse.

El analista percibe el reproche implícito que se le dirige, la rabia que eso suscita y la implicación —dolorosa para ella y para el analista— de que una actividad deportiva tal vez resulte más eficaz que su ayuda. Pero también percibe que la paciente está a punto de perder el control, que la invade una sensación de pánico, como le ocurre a veces. Propone entonces la idea de que tal vez esos accesos de cólera provienen del hecho de tener que ocuparse de sus hijos pequeños.

Mientras avanza esta propuesta, el analista es consciente de que no cree realmente en ella. En realidad, pretende transmitirle a su paciente una idea que podría resumirse así: «La propuesta que le hago tal vez es falsa, pero el hecho de que hable en estos términos significa que creo que es posible intentar comprender sus accesos de cólera. No tiene por qué sentirse aterrorizada ante la idea de que sus sentimientos son incomprensibles. Podemos intentar comprenderlos los dos juntos». Otra idea implícita sería: «no me siento molesto por sus reproches y su rabia».

La paciente, en un tono mucho más calmado, niega la propuesta del analista: no, no es por culpa de sus hijos. Su madre tuvo muchas fallas, pero nunca explotó de esa forma. Habla del ruido constante que hacen los niños, de que nunca están quietos, y de hasta qué punto le resulta insoportable que las cosas no vayan como ella quiere, cosa normal teniendo en cuenta su edad. Luego, explica con disgusto que, cuando su hijita grita, ella se desespera hasta el punto de pensar «Cabrona, ¿por qué haces que me hunda?», en vez de pensar: «Ven aquí, pequeña, deja que te consuele».

El analista comenta el hecho de que la sensación de que uno se hunde es insoportable. Al mismo tiempo observa dos cosas: en primer lugar, que está a punto de hablar por los dos, paciente y analista; en segundo lugar, que cree que la paciente comprenderá que él está a punto de hablar por los dos.

La paciente recuerda entonces, con una voz más calmada, una conversación mantenida recientemente con una amiga y que le hizo pensar, teniendo en cuenta lo que ella vivió de niña, hasta qué punto su padre era colérico y que de hecho es normal que ella explote a veces. Luego sigue hablando de sí misma de una forma menos crítica que de costumbre. El analista dice entonces que la paciente se ha sentido en ese momento mejor comprendida, como si estuviera con una amiga, y que esto la ayuda a pensar con más tranquilidad en sus sentimientos, hasta el punto de poder consolarse un poco de sus fallas y de sus fracasos.

Esta breve viñeta clínica ilustra el carácter cambiante de las situaciones transferenciales y contratransferenciales en una misma sesión. El comienzo de la sesión podría describirse como una situación de contenido persecutorio angustiante, resultado de una fantasía inconsciente defensiva de proyección identificativa de un objeto interno portador de su agresión: «Estoy enfadada, no recibo de usted ayuda suficiente, me veo obligada a buscarla en otro sitio». La paciente está en situación de ruptura de contacto con el analista y se siente desestabilizada por el temor de no poder comprender sus sentimientos: «me estoy volviendo loca». En este clima resulta difícil pensar, se está más cerca de actuar que de la posibilidad de pensar. Poco después, la situación ha cambiado por completo: se ha restablecido el contacto con el analista y la paciente está preparada para reflexionar sobre sus dificultades con más calma e indulgencia. El nivel de organización de la paciente es distinto, sus angustias, sus defensas, su relación de objeto son diferentes, más próximos a la posición depresiva en que el objeto es igualmente bueno, más integrado. Podemos pensar que si el analista está atento a estos movimientos transferenciales será más capaz de ayudar a su paciente a vivirlos y pensarlos y, por tanto, a transformarse.

Nosotros, a la vez que adoptamos este modelo de desarrollo precoz de la corriente Klein–S. Isaacs–Segal–Bion, hemos propuesto (Manzano y Palacio Espasa, 2005) un modelo de desarrollo precoz desde el punto de vista del narcisismo y del acceso a la realidad.

Tomando sobre todo como referencia los trabajos de Freud citados anteriormente *Los dos principios del suceder psíquico* (S. Freud, 1912), *Introducción al narcisismo* (S. Freud, 1914), *Las pulsiones y sus vicisitudes* (S. Freud, 1915), *La negación* (S. Freud, 1925), y también los de Bion (1974) *La parte neurótica y la parte psicótica de la personalidad*, hemos propuesto la idea de que desde el nacimiento hay un «yo realidad» —una parte del yo en contacto con la realidad, diferenciada del sí mismo y con una libido objetal— y un «yo placer», narcisista, que funciona según el principio del placer que no reconoce la realidad. Existe, por lo tanto, una escisión estructural entre lo que puede llamarse parte objetal neurótica y parte narcisista —o dimensión narcisista de la personalidad—, que corresponde al «yo ideal» de Freud. Esas dos partes se desarrollarán por separado y se manifestarán en proporciones variables en la relación analítica mediante una «doble transferencia», objetal neurótica y narcisista.

Otras contribuciones notables al desarrollo actual de las corrientes clásicas sobre la transferencia precoz

Un punto de vista interesante en el psicoanálisis contemporáneo a propósito del contenido de lo transferido es el que representa Strachey (1934) y puede resumirse en la posición de J. Sandler (Sandler, Dare y Holder, 1973), psicoanalista inglés que pretendió integrar las aportaciones de la psicología del yo en las teorías centradas en la relación de objeto. En un artículo escrito conjuntamente con su esposa (Sandler y Sandler, 1984), este autor propone distinguir dos tipos de inconsciente. Por una parte, cabría describir el «inconsciente pasado», constituido por el rechazo de las experiencias vividas en la

infancia, que incluye vestigios tanto de los elementos externos «reales» de la vivencia infantil como de la participación personal del individuo en sus experiencias: sus fantasías, sus pulsiones y sus afectos. Por otra parte, se podría distinguir «el inconsciente presente», constituido por el conjunto de las relaciones de objeto actuales y operativas de un sujeto determinado, con su constelación de angustias y de defensas, organizadas bajo la forma de fantasías inconscientes. Este inconsciente presente puede entenderse como la huella, el residuo actual y operativo de la historia pasada, que no es reductible a los hechos históricos, infantiles, externos o internos, sino que representa, por el contrario, la reorganización de esas vivencias a lo largo de la vida de un sujeto, el resultado de las reorganizaciones sucesivas del contenido de su inconsciente pasado. No solo el psicoanálisis puede cambiarnos, la vida también nos cambia a través de las experiencias emocionales que producen efectos *après-coup* de valor transformador.

Para Sandler —y su postura resume la de la mayoría de las escuelas psicoanalíticas actuales— lo que se transfiere es el inconsciente presente. En otras palabras, lo que será transferido no es lo que se ha vivido en la infancia, ni tampoco la manera como se ha vivido la realidad, sino las modalidades relacionales inscritas en el inconsciente a partir de las experiencias infantiles con sus reajustes sucesivos *après-coup*. De modo que el trabajo psicoanalítico se orientará no tanto a la búsqueda del inconsciente pasado como a la transformación de las fantasías inconscientes actuales del paciente. Esas fantasías inconscientes, que constituyen el inconsciente presente, han de considerarse una especie de interacciones relacionales y emocionales, modelos inconscientes personales capaces de organizar la manera como un individuo percibe y se sitúa en su relación con los demás. Sobre esta cuestión, otros autores han propuesto conceptualizaciones parecidas, como por ejemplo O. Kernberg (1984), que utiliza el concepto de «experiencias relacionales interiorizadas».

Es importante señalar que el hecho de creer que el inconsciente está constituido por paradigmas relacionales y emocionales complejos activados en la vivencia actual del paciente tiene repercusiones importantes en la manera de entender el relato que hace el paciente de su historia pasada. En efecto, partiendo de esta idea, cuya semejanza con la noción neurofisiológica de «memoria implícita» es sorprendente, es coherente pensar que la manera en la que el paciente vive en el presente sus recuerdos del pasado y la manera como vive su relación con el analista son equivalentes, en cuanto son la expresión de sus fantasías inconscientes actuales. En otras palabras, más que decir que la transferencia y los relatos del paciente sobre su historia nos informan de la naturaleza del pasado, sería más exacto desde este punto de vista decir que tanto la transferencia como los recuerdos del pasado evocados por el paciente nos informan de la naturaleza de sus fantasías inconscientes actuales.

Los soportes de la transferencia: transferencia al analista, al marco y a la palabra

Tradicionalmente, la mayoría de los autores han descrito la transferencia a la persona del analista, pero tal vez es útil diferenciar los casos en los que la transferencia se efectúa

sobre todo al marco o a la palabra.

Bleger (1967) describió de manera detallada la transferencia al marco de las angustias psicóticas, en especial de fantasías simbióticas muy arcaicas. Pero lo realmente importante, según Bleger, es que esta transferencia casi siempre es silenciosa y, por lo tanto, no es analizada. Por este motivo puede irrumpir de forma violenta cuando se modifica el marco.

En cuanto a la palabra, Álvarez de Toledo (1954) y Green (1995) han descrito formas de transferencia especial en este nivel y han mostrado cómo, con la ayuda de la libre asociación, el retorno de lo rechazado halla una vía de expresión a través de las palabras específicas elegidas para dar a conocer un determinado contenido. La homofonía, los dobles sentidos, las ambigüedades de la lengua y los juegos de palabras son recursos especialmente útiles para disfrazar el inconsciente.

Ejemplo clínico

Tras varios años de un análisis que tanto el analista como la paciente consideraron fructífero, se fija una fecha de finalización y, pese a los temores persistentes de la paciente que merecen una consideración atenta por parte del analista, el análisis llega a su fin. Antes de cumplirse un año de la finalización, la paciente cae en una severa depresión cuya causa desconoce hasta que, tras una serie de acciones peligrosamente autodestructivas, se toma la decisión de retomar el trabajo analítico.

La paciente compara su sentimiento frente a este análisis finalizado pero no terminado con una retención de placenta: ha quedado algo, que tiene que ver con la sexualidad, el nacimiento y la madre, y que echa terriblemente de menos. El análisis continuará unos años más y permitirá acceder a un material que antes apenas había aparecido, por el que la paciente estaba totalmente poseída, del que era completamente inconsciente y que desempeñaba un papel fundamental en su equilibrio interno. De este modo la paciente pudo percibir y comunicar la intensa felicidad y sensación de calma que experimentaba en el diván y, en general, cuando estaba cerca del despacho del analista, relacionada con lo que se consideró un sentimiento de fusión completa y aconflictiva con el analista, percibido a la vez como madre y como prolongación de sí misma. La paciente, además, adquirió conciencia de la alegría y excitación que experimentaba durante sus intercambios verbales, que tenía por costumbre rememorar interiormente en todos sus detalles durante horas, intercambios equivalentes para ella a relaciones mutuamente seductoras y sutilmente sexuales. Esas fantasías, depositadas en el marco y la palabra, no aparecieron en ningún momento durante el largo trabajo en el que la transferencia analizada afectaba sobre todo a la persona del analista y no fueron plenamente conscientes para la paciente hasta que, una vez finalizado el análisis, sintió su ausencia.

Los enfoques intersubjetivos o constructivistas. La transferencia: ¿un concepto ya superado?

En algunos enfoques contemporáneos, la transferencia, sin ser cuestionada abiertamente desde un punto de vista teórico, pierde su valor como instrumento heurístico. Se valora el trabajo analítico sin relacionarlo forzosamente con la noción de transferencia; si bien está implícito en estos enfoques que la transferencia es sin lugar a dudas un fenómeno de la cura, incluso de la vida, el trabajo analítico no tiene por qué situarse forzosamente a su nivel. Se puede hacer psicoanálisis o psicoterapia, comprender lo que ocurre entre el analista y el paciente, sin referirse a la transferencia.

Es lo que defiende concretamente la corriente intersubjetiva² norteamericana (Renik, 1995), que ha tenido un desarrollo importante en estos últimos veinte años, y también algunos enfoques neobionianos a ambos lados del Atlántico, por ejemplo los modelos

propuestos por Ogden (1994) y Ferro (2004 y 2005). Esos enfoques tienen en común una postura constructivista, que ya estaba presente en los trabajos de Viderman (1970) de los años setenta.

En los enfoques constructivistas, el interés se desplaza claramente de lo intrapsíquico y de lo pulsional a la relación intersubjetiva que se establece entre analista y paciente. Una de las ideas centrales destaca el hecho de que se ha construido una nueva realidad a partir de las aportaciones de los dos actores del encuentro analítico. Esta nueva construcción la describe Ogden con el término de «tercero analítico intersubjetivo», mientras que Ferro (2004) se refiere a las nociones de «campo» tal como las han desarrollado M. y W. Baranger (2008). No obstante, en ambos casos esta nueva construcción, este producto del encuentro entre el analista y el paciente constituye el centro, el material propiamente dicho del trabajo analítico.

Conviene destacar, sin embargo, ciertas diferencias importantes. Algunos autores intersubjetivistas norteamericanos (Schafer, 1983) centran el estudio en las interacciones actuales y reales dejando de lado la dimensión no solo transferencial, sino también pulsional e inconsciente. Se supone que el valor terapéutico del análisis deriva fundamentalmente de las modalidades relacionales nuevas y más sanas vividas y aprendidas en la relación con el analista, modalidades que contradicen antiguos esquemas relacionales más patológicos. Se considera que esas modalidades relacionales van acompañadas de nuevas «narrativas» más adaptadas a la vida actual y real del paciente.

En el modelo intersubjetivo de profunda inspiración bioniana propuesto por Ogden, la noción de «tercero analítico» desempeña un papel fundamental. Ese tercero analítico está construido a través del interjuego —compartido pero asimétrico— entre las ensoñaciones del analista y del paciente. Permite simbolizar los aspectos del mundo interior del paciente que antes no habían sido expresados ni pensados. Hay que destacar, no obstante, que el pensamiento de Ogden mantiene vínculos con el pensamiento psicoanalítico clásico (especialmente kleiniano); por ejemplo, su trabajo se basa en la noción de inconsciente (cosa que no ocurre en muchos autores intersubjetivos norteamericanos) y reconoce explícitamente la idea de que lo que describe como «campo» y que da lugar al «tercero analítico» puede entenderse como identificación proyectiva.

Ese modelo de Ogden presenta cierta semejanza con el propuesto por Ferro, para quien el inconsciente al que se hace referencia en el trabajo analítico es el generado por el encuentro entre el analista y el paciente, en forma de experiencias emocionales complejas tanto del paciente como del analista. Cuando esas experiencias emocionales no pueden ser «mentalizadas» adoptan la forma de «elementos beta» surgidos de la relación entre el analista y el paciente. El trabajo de análisis consiste en permitir la «alfabetización» de esas experiencias emocionales brutas vividas aquí y ahora para abrir el camino a su transformación en elementos alfa. En otras palabras, el trabajo central del análisis no es el descifrado de los contenidos inconscientes del paciente. No se trata de recordar y/o deshacer rechazos, ni de permitir un trabajo de integración del yo y de los objetos

parciales antes escindidos. Todo esto se encuentra en el análisis de Ferro, pero lo más importante es el desarrollo de las capacidades de pensar.

De modo que en este modelo hay dos concepciones opuestas del análisis: para unos se trata de hacer descubrir al paciente nuevas modalidades relacionales que entrarán en contradicción con modalidades patológicas antiguas y permitirán elaborar otras más adaptativas (cosa que retoma en cierto modo la noción de Alexander [1957] de «experiencia emocional correctiva»); para otros —Ferro y Ogden— se trata de mentalizar, de pensar las experiencias emocionales vividas en el encuentro analítico.

No es que la transferencia como realidad de la cura sea rechazada. El valor transferencial de las modalidades relacionales activadas en el encuentro no se cuestiona. Sin embargo, a veces se tiene la impresión de que se valora el trabajo analítico sin relacionarlo con la noción de transferencia, y eso por dos razones: la primera tiene que ver con la naturaleza del cambio permitido por el analista, atribuido tanto al establecimiento de nuevas relaciones como al desarrollo de la capacidad de pensar del paciente; la segunda razón se refiere a la concepción constructivista del espacio analítico: desde el momento en que el analista interviene también en la relación al mismo nivel que el paciente —aunque su contribución se considera asimétrica—, la importancia otorgada al valor transferencial de lo aportado por el paciente tiende a borrarse. Por consiguiente, la transferencia ya no es la noción central de la cura: existe, pero se puede pensar el análisis sin referirse a ella.

Esos enfoques han sido objeto de numerosas críticas, sobre todo por la ausencia de conceptos psicoanalíticos fundamentales como la transferencia, el marco, los conflictos inconscientes y la interpretación (O. Kernberg, 2010).

Nosotros pensamos que son formas de psicoterapia cuyo elemento central es el establecimiento de una transferencia narcisista (simbiótica) que evolucionará en función del efecto marco (*setting*) y de la relación personal con el terapeuta.

Señalemos, por último, que la tendencia a centrar la atención en las interacciones establecidas entre el analista y el paciente no es exclusiva de los enfoques constructivistas contemporáneos. Al contrario, se puede encontrar en el conjunto de los enfoques psicoanalíticos actuales, en especial de los que se consideran centrados en la relación de objeto, aunque no únicamente. Ahora bien, esta consideración tiene formulaciones muy distintas. Un ejemplo sería el de los analistas poskleinianos actuales, como B. Joseph, M. Feldman, J. Steiner y Britton, cuya técnica está notablemente enriquecida por las aportaciones bionianas y de Money-Kyrle. Esta escuela de pensamiento presta una gran atención a las interacciones entre el analista y el paciente, pero esas interacciones son analizadas inevitablemente en relación con la noción de transferencia. En efecto, si se piensa que el analista forzosamente se siente impulsado a desempeñar un rol de acuerdo con las fantasías inconscientes de su paciente, se saca la conclusión de que lo que el analista piensa, dice o hace por fuerza informa del mundo interior del paciente. No se puede decir que el analista participe en la misma medida que el paciente en la construcción de un campo interpersonal común: la prioridad está reservada a las aportaciones del paciente. Desde esta perspectiva, se cree que la capacidad de pensar del

paciente puede desarrollarse no con independencia de un trabajo sobre la transferencia, sino gracias a él; en otras palabras: a través del análisis y de la interpretación de las fantasías inconscientes transferenciales reveladas en y a través de la relación entre el analista y el paciente. La interpretación no sirve solo para identificar las fantasías inconscientes, sino que también ayuda a desarrollar la capacidad de pensar. Lejos de ser una simple cuestión académica, este matiz tiene repercusiones importantes en la técnica. Insistiremos en este aspecto.

La transferencia narcisista: otra mirada a la transferencia

La noción de «transferencia narcisista»⁸ no aparece en la obra de Freud, que se mantuvo fiel a su convicción de que las «neurosis narcisistas» (trastornos de la personalidad, estados límite, psicosis), no eran susceptibles de cura analítica «porque no pueden establecer una transferencia» (S. Freud, 1916-1917). Por consiguiente, el narcisismo se oponía frontalmente a la catexis libidinal del objeto, hasta el punto de excluirse mutuamente. Sin embargo, sus trabajos sobre el desarrollo precoz y el acceso a la realidad, que hemos resumido (véase p. 30 ss), y sobre todo la doble forma de elección de objeto libidinal: «anaclítico (objetal)» y «narcisista» (S. Freud, 1914) abrían la vía a la posibilidad de una transferencia narcisista.

La transferencia narcisista en los autores posfreudianos

Algunos autores inmediatamente posteriores a Freud ya observaron que había muchas manifestaciones narcisistas en la transferencia; como indica P. Denis (2012), B. Grunberger fue uno de los primeros en observarlo en 1956, igual que R. Greenson en 1967 en su tratado de técnica y práctica psicoanalítica (Greenson, 1967). Fieles a Freud, se guardaron mucho de utilizar el término «transferencia narcisista», aunque Grunberger convierte el narcisismo en uno de los motores de la cura analítica, incluso en los neuróticos (Denis, 2012).

Más tarde, la noción de transferencia narcisista será utilizada y entendida según el modelo de desarrollo precoz que defienden las distintas corrientes de pensamiento psicoanalítico actuales que ya hemos descrito (véanse p. 29 ss).

1. Corriente Anna Freud (psicología del yo)

En este modelo de desarrollo precoz, para el que existe el estadio de narcisismo primario, algunos autores como Giovacchini (1971) describirán la transferencia narcisista que se manifiesta por una confusión de identidad entre paciente y terapeuta con repercusiones contratransferenciales importantes. A raíz de los trabajos de M. Mahler (Mahler, Pine y Bergman, 1975), Searles (1959) describirá una transferencia simbiótica psicótica en los pacientes esquizofrénicos, pero es sobre todo Kohut el que, en unos trabajos importantes, describirá distintas formas de transferencia narcisista: transferencia idealizante, transferencia en espejo y transferencia *alter ego* (o gemelar). Aunque en un principio se inscribía en la corriente de A. Freud, Kohut se inspirará en los trabajos de

Grunberger y de Winnicott con una teoría etiológica de falla ambiental que habría impedido al niño vivir plenamente una experiencia de estado ideal, experiencia que considera indispensable para el desarrollo. Su técnica consiste, por lo tanto, en hacer vivir este estado ideal en la situación terapéutica.

2. Corriente Ferenczi–Winnicott

Esta corriente parte básicamente de la misma concepción de Kohut que acabamos de describir, aunque con desarrollos diferenciados: la noción de transferencia narcisista se utiliza raramente. Por ejemplo, Winnicott propone la idea de que las pulsiones del yo actúan como el motor energético de la catexis relacional, lo que conduce a la noción de simbiosis terapéutica en la regresión.

3. Corriente Klein–Isaacs–Bion

Esta corriente no admite la existencia de un narcisismo primario, sino de un yo que posee un principio de organización y una relación de objeto, con una diferenciación desde el nacimiento entre sí mismo y el objeto. El narcisismo siempre es secundario, resultado de la identificación con el objeto idealizado previamente sobrecatectizado. Los autores más importantes de esta corriente son H. Rosenfeld (1976) y, sobre todo, O. Kernberg (1984), que describirá de manera detallada las vicisitudes transferenciales narcisistas como relaciones primitivas de objeto de conflictos, angustias arcaicas, así como las organizaciones defensivas narcisistas. Su técnica consiste en la interpretación de las fantasías inconscientes de esa transferencia.

Por otra parte, cabe considerar que la «transferencia simbiótica básica» de Bleger (1967), que hemos descrito anteriormente, es el equivalente de la transferencia narcisista muda.

Una doble transferencia: narcisista y neurótica

Para todos los autores posfreudianos citados, el narcisismo precede a la organización triangular edípica, tanto en el desarrollo del individuo como en sus manifestaciones en la transferencia. Primero es el narcisismo y después el Edipo. Por consiguiente, contamos con que, en las curas, las manifestaciones narcisistas sean tratadas en primer lugar. La posible transferencia narcisista no se manifestará hasta más tarde y podrá ser abordada.

Nosotros, basándonos en nuestra experiencia clínica, hemos propuesto la existencia en todos los casos de una *doble transferencia, narcisista y objetal* (Manzano, 1990), en correspondencia con el modelo de desarrollo precoz que hemos descrito. En este modelo postulamos la existencia de un doble desarrollo simultáneo y paralelo del narcisismo y de la relación objetal (Manzano y Palacio Espasa, 2005), (véanse pp. 40-41).

Por consiguiente, en la relación psicoanalítica o psicoterapéutica, viviremos, de forma simultánea o alterna, manifestaciones transferenciales objetales-neuróticas, y eso desde el principio del tratamiento. Según los casos y los momentos de cada tratamiento, unas u otras de estas manifestaciones estarán más o menos presentes en las sesiones.

Tal como ya hemos indicado, las manifestaciones narcisistas de transferencia se interpretarán según el modelo de desarrollo precoz de cada terapeuta. Para nosotros, son el resultado de las «creencias» de los pacientes, es decir, de fantasías inconscientes omnipotentes de satisfacción inmediata de los deseos narcisistas y de las defensas primitivas contra las angustias arcaicas de separación o de persecución; esas «creencias», equivalentes al pensamiento latente de los sueños de Freud, pueden ser descubiertas a través de las asociaciones verbales o no verbales, los sueños, las actitudes y conductas, *acting* y también mediante la contratransferencia.

Entre las manifestaciones narcisistas que pueden aparecer en la transferencia y en cualquier relación personal citaremos las siguientes:

- falta de empatía, egoísmo (no pensar nunca en el prójimo);
- ideas de omnipotencia o megalomanía: ser el centro o el único, fantasías dirigidas a eliminar o a ignorar al analista, a rivalizar especialmente con él o con personas consideradas importantes;
- búsqueda incesante de un analista «perfecto» que admire a su vez al paciente (por proyección sobre él de un objeto ideal interno);
- fantasías de fusión con el analista que se considera ideal;
- signos de agresión en forma de ignorancia total o, por el contrario, de envidia destructiva, que pueden dar lugar a conductas manipuladoras (narcisismo persecutorio de Rosenfeld [1976]).⁹

Podemos encontrar en estos ejemplos las formas clínicas de la transferencia narcisista descritas por Kohut (1971): «idealizante», «en espejo», «en *alter ego* (gemelar)» y las descritas por Kernberg. Nosotros las hemos categorizado esquemáticamente en dos formas clínicas que hemos denominado el *narcisismo maníaco*, en el que la organización defensiva está establecida básicamente contra la angustia de separación, y el *narcisismo persecutorio*, cuando pretende defender al sujeto de una angustia paranoide (Manzano y Palacio Espasa, 2005).

Todas esas fantasías narcisistas se encuentran en la relación transferencial narcisista, alternando con las manifestaciones de la transferencia objetal neurótica.

Ilustración clínica de la transferencia narcisista

Se trata de una mujer de unos cuarenta años que acude a analizarse por dos series de síntomas. Por una parte, fobias neuróticas severas en situaciones en las que hay hombres implicados y que podrían tener una mayor o menor connotación sexual. Por otra parte, una incapacidad para tomar cualquier tipo de decisión. La mujer se siente vacía, incapaz de pensar. Ni siquiera es capaz de contestar si se le pregunta, por ejemplo, si le ha gustado o no una película. Siempre tiene que pedir la opinión a su madre y adopta los pensamientos de esta. «Ella piensa por mí». Con sus amigas «siempre está de acuerdo».

En la relación analítica aparecerán manifestaciones transferenciales en relación con estos dos tipos de síntomas, en términos de conflictividad edípica o narcisistas. En el ejemplo de la sesión que reproducimos domina la transferencia narcisista.

Ejemplo de una sesión (tras cuatro años de análisis)

Al entrar en el despacho y antes de tenderse en el diván, mira al analista mientras hace el gesto de ajustarse el abrigo, y le pregunta si puede conservarlo puesto «porque tiene frío». Es la primera vez que habla antes de

tenderse en el diván. Una vez recostada, empieza a hacer asociaciones con una entrevista que acaba de realizar para un puesto de trabajo. Se trata de una oferta de empleo a tiempo completo que estuvo dudando si solicitar por varias razones. Tras haber presentado su candidatura, no se atrevió a retirarse, de modo que confía en «que no la contraten» o, en todo caso, que acepten contratarla a tiempo parcial. No obstante, en la entrevista con la responsable «no supo negarse ni hablar de la exigencia del tiempo parcial». Según ella, es una situación en la que se siente incapaz de soportar que esa señora se enfade con ella. «De hecho, durante la entrevista no podía pensar. Me sentía completamente incapaz de no estar de acuerdo con todo lo que me decía. Era como si yo no estuviera allí, como si no reconociera como mío el currículum que había enviado y del que estábamos hablando. No podía hacer otra cosa que mirarla a los ojos y fundirme en ella».

La paciente sigue haciendo asociaciones con situaciones similares en las que se siente desaparecida, incluso cuando son situaciones simuladas. Por ejemplo, cuando para preparar un examen oral ensayaba con una amiga que hacía el papel de profesor:

El analista: «Sin embargo, hoy se ha atrevido a preguntarme si podía conservar puesto el abrigo».

«Estaba completamente bloqueada, angustiada en la sala de espera pensando si se lo preguntaría o no. Si no se lo preguntaba, no podía saber lo que usted pensaría si conservaba puesto el abrigo».

El analista: «No puede reconocerse distinta de mí —le produce angustia— y, como con la señora de la entrevista de trabajo, quiere fundirse en mí. De este modo quiere mantener la creencia de que puede entrar en mí y ser la misma persona que yo. Entiende que esta creencia la ha desarrollado para no sentir la angustia de estar separada de mí».

Recordaré asimismo lo que me había explicado acerca de relaciones similares con su madre, con su padre y con algunos hombres con los que había mantenido una relación sentimental».

Este ejemplo ilustra la forma clínica de lo que hemos denominado «narcisismo maníaco», pero como ya hemos descrito (véase pp. 69-70), también existe la forma clínica de «narcisismo persecutorio». En efecto, en el funcionamiento de la parte narcisista de la personalidad, la omnipotencia narcisista no se manifiesta únicamente en la tendencia a la idealización del objeto y de sí mismo por identificación con él (fusión, según la terminología de Chasseguet-Smirgel [1973]). Igualmente importante desde el punto de vista técnico es la omnipotencia destructiva de las fantasías agresivas o la envidia (Palacio Espasa, 2003). M. Klein apunta esta idea cuando interpreta la envidia en la transferencia a un paciente que, en una sesión, efectúa una desconexión afectiva de tipo esquizoide y ella le indica que este estado de bloqueo del pensamiento y de los afectos es consecuencia de la *convicción de haberla matado con su envidia*. Frente a la interpretación de esa fantasía omnipotente de la agresividad vehiculada por la envidia, el paciente recupera la vitalidad y la capacidad asociativa (Klein *et al.*, 1946).

Por eso, creemos que hay que estar técnicamente muy atentos a la naturaleza y alcance de la conflictividad depresiva que deriva de las vivencias de separación y pérdida del objeto de la catexis libidinal. Palacio Espasa (2003) describió de forma esquemática tres niveles de conflictos que denominó «conflictos depresivos» y sus correspondientes angustias,¹⁰ en función de la magnitud de la omnipotencia destructiva atribuida por la parte infantil-narcisista a las fantasías agresivas.

El predominio de una u otra angustia depresiva depende de razones estructurales de la personalidad del sujeto, aunque también coyunturales, como las separaciones, pérdida de personas significativas, etc. Lo destaca M. Klein (1940) cuando habla de la evolución de sus vivencias depresivas ante la pérdida de su hijo.

1 Cabe tener en cuenta que con el desarrollo posterior de las reflexiones a propósito de la transferencia, Freud profundiza en los distintos conceptos que acabamos de enumerar. Sobre todo en *La dinámica de la transferencia* (1912) y en *Recuerdo, repetición y elaboración* (1914), Freud desarrolla su pensamiento siguiendo las distintas líneas abiertas en su obra teórica de esta época. Esas preocupaciones teóricas, nunca resueltas del todo, lo conducirán a un cambio radical de su teoría de la transferencia en 1920 (*Más allá del principio del placer*). Expone una formulación de la transferencia motivada por una compulsión a la repetición al servicio de la pulsión de muerte y de la búsqueda de la inmovilidad frente a cualquier nueva relación y al cambio. La transferencia llega a ser lo «resistido» y no la «resistencia». El yo al servicio de la libido se opone y rechaza la transferencia. No obstante, ese cambio teórico radical Freud no lo retomará después —ni prácticamente ninguno de los analistas posteriores.

2 Recordemos que en la obra de Freud se distinguen cronológicamente dos teorías sobre el aparato psíquico: la primera, que lo describe en términos de consciente/inconsciente, se denomina primera tópica o (en los países anglófonos) teoría topográfica; la segunda, conocida como la segunda tópica o la teoría estructural, propone distinguir entre el ello, el yo y el superyó.

3 Se entiende por «fase depresiva» el estado en el que el bebé es capaz de unificar la imagen de su madre, escindida antes entre las imágenes opuestas de una madre ideal y de una mala madre. La percepción de una madre unificada lleva al bebé a afrontar dos situaciones: por una parte, ha de enfrentarse al riesgo de perderla; por otra, ha de reconocer que la madre mantiene relaciones con otros, especialmente con el padre, relaciones de las que él está excluido.

4 «La transferencia será pues la ocasión de proporcionar la protección y el sostén que han faltado en el momento del trauma. El amor y la fuerza del analista, suponiendo que la confianza en él sea suficientemente grande y profunda, actúa un poco más o menos como el abrazo de una madre amante y de un padre protector» (Ferenczi, 1932).

5 El aparato psíquico es un término de la metapsicología freudiana que Freud toma de una determinada concepción del arco reflejo neurofisiológico, y subraya la capacidad de transformar una energía determinada desde el punto de vista económico (Laplanche y Pontalis, 1968).

6 Recordemos a este respecto la noción clásica de crisis de Erikson (1968) y su distinción entre crisis de desarrollo y crisis accidental. En la primera, se trata de momentos de desorganización emocional normal (cambios, separaciones, destete, pubertad, embarazo y parto, etc.), que son situaciones de riesgo cuyo desenlace habitual es positivo y conduce a una organización psíquica mejor. Por consiguiente, Erikson concibe el desarrollo como una serie de crisis sucesivas. Sin embargo, tanto las crisis accidentales como las de desarrollo pueden tener un desenlace negativo más desorganizador. La noción de crisis implica, en todos los casos, una interacción entre el sujeto (su personalidad) y el significado que adquiere para él esta experiencia. Este significado lo define Caplan (1964) como una «pérdida o una amenaza de pérdida del objeto». La noción de trauma quedaría reservada, desde el punto de vista económico, a la de la primera descripción de Freud, en especial para los abusos sexuales en que la excitación desborda las capacidades del aparato psíquico debido a su inmadurez o a la violencia que entrañan.

7 El término intersubjetivo abarca aquí un conjunto de escuelas, llamadas relacionales, constructivistas, interpersonales o intersubjetivas, cuyo punto en común es el hecho de poner de relieve la relación interpersonal más que lo intrapsíquico y lo pulsional. Seguimos en esto la propuesta de H.P. Schwartz (2012), para quien el término «intersubjetivo» es el que mejor resume lo que tienen en común esas corrientes desde el punto de vista teórico.

8 Véase nuestro concepto de «transferencia narcisista» en la pág. 69 («Una doble transferencia narcisista y neurótica») y la nota de la pág. 70.

9 Manzano llama «esclavos» de la omnipotencia a los pacientes que presentan estas características narcisistas.

10 *Angustias catastróficas de destrucción irreparable* de los objetos de la catexis libidinal. Angustias intolerables que rápidamente recurren a defensas esquizo-paranoides, incluso defensas arcaicas cargadas de destructividad psíquica. Predominan en las estructuras psicóticas y *borderline*.

-*Angustias de muerte y/o de graves daños* de los buenos objetos, más soportables pero que recurren a las defensas maníacas e hipomaniaco-narcisistas; o bien, a las defensas melancólicas, melancoliformes o incluso masoquistas (menos autoagresivas). Dominan en las organizaciones llamadas paradespresivas (a medio camino entre las estructuras de predominio neurótico y las *borderline*).

-*Angustias de pérdida del amor del objeto* (S. Freud, 1926), cuyo predominio recurre a las defensas neuróticas de tipo histérico, fóbico u obsesivo (Palacio Espasa, 2003).

III. La contratransferencia

Freud definió por primera vez la contratransferencia como «la influencia del paciente en los sentimientos inconscientes del analista» (S. Freud, 1910). En aquel momento, la contemplaba como un «obstáculo» al análisis. Igual que hemos hecho con la noción de transferencia en el capítulo anterior, las teorías actuales sobre el origen, la naturaleza y la función de la contratransferencia pueden agruparse esquemáticamente en función del modelo de desarrollo precoz de los autores.

1. Corriente Anna Freud

Exceptuando unas pocas observaciones sueltas aparecidas en 1935, O. Fenichel observaba «Hay muy pocas publicaciones sobre un tema práctico tan importante como la contratransferencia» (Fenichel, 1941). Sin entrar en detalles, digamos que más adelante la corriente de Anna Freud reconoció, al igual que las otras grandes corrientes del psicoanálisis, el interés de la contratransferencia como instrumento indispensable de la cura.

2. Corriente Ferenczi–Balint–Winnicott

En coherencia con sus teorías etiológicas y transferenciales, Winnicott llamará contratransferencia «objetiva» a la actitud «real» del paciente, con las consecuencias técnicas que implica la comunicación directa a este de sus reacciones «objetivas». Por ejemplo, en su artículo «El odio en la contratransferencia», Winnicott (1947) defiende la idea de que los sentimientos de odio del analista han de confesarse al paciente al finalizar el análisis, después de haber sido elaborados en el tratamiento.

Otros autores posteriores se han centrado más en el origen y en la función de la contratransferencia. Lacan (1954-1955) sostiene que la transferencia se origina cuando la contratransferencia obstruye el proceso dialéctico del análisis. Más tarde, y en la misma línea, Neyraut (1974) propuso la idea de que la contratransferencia precede a la transferencia.

Esta postura evoca la «teoría de la seducción generalizada» propuesta por J. Laplanche, que en nuestra opinión tiene una base común con algunas posturas actuales sobre la contratransferencia. Ampliando la teoría de la seducción, enunciada y abandonada después por Freud, Laplanche (1986) propone considerar la seducción como el mecanismo esencial de la génesis de la sexualidad y del inconsciente en el niño. Según ese autor, esto es consecuencia de la disimetría fundamental entre el niño y el adulto, ya

que este último dispone de un «inconsciente sexual» que será transmitido al niño a través de mensajes enigmáticos que, por un efecto de traducción capaz de introducir variaciones, serán responsables de la génesis del inconsciente en el pequeño. El deseo de los padres, el deseo del analista tiene como consecuencia generar el deseo —y la vida psíquica— del niño, del paciente. Es interesante observar que uno de los elementos comunes a distintas escuelas psicoanalíticas contemporáneas es precisamente la idea de que la labor del analista no es descifrar contenidos rechazados o ayudar a su paciente a integrar lo que antes estaba escindido, sino también, y fundamentalmente, suplir las carencias del paciente en cuanto a mentalización, simbolización y figuración. La idea central es que el deseo, el pensamiento y la simbolización en el analista generan el deseo, el pensamiento y la simbolización en el analizante.

Como ya hemos señalado, César y Botella (2001) proponen considerar dos modalidades de funcionamiento psíquico que coexisten tanto en el analista como en el paciente. El primer tipo de funcionamiento opera con representaciones rechazadas o escindidas que permiten que el analista, gracias a su atención flotante, realice un trabajo de interpretación y de construcción. El segundo tipo de funcionamiento psíquico está relacionado con lo irrepresentado o lo irrepresentable. Se supone que deriva de las consecuencias negativas del trauma precoz. La interpretación o la construcción en este caso no serán útiles por la falta de un sustrato de representación sobre el que sería posible actuar. Ante ese hueco, ante ese vacío representacional, la única ayuda del analista es su capacidad de regresión formal que le permitirá, a través de la actualización alucinatoria, un trabajo de figurabilidad. De este modo, la figuración construida por el analista ofrecerá al analizante la representación que este no pudo crear con ocasión del trauma.

Las corrientes intersubjetivistas llegan a posturas bastante parecidas a las de la corriente Ferenczi–Balint–Winnicott, partiendo de postulados muy distintos. Ogden (1994), por ejemplo, propone llamar «tercero analítico» al tercer nivel de experiencia que se ha generado entre el analista y el paciente. Esta neoconstrucción ha de entenderse como nueva creación intersubjetiva que reúne y supera la subjetividad de cada uno de los miembros del par analítico. La función del analista, según Ogden, es «reconocer, comprender y simbolizar para sí mismo y para el analizante, paso a paso, la naturaleza específica del interjuego entre la experiencia subjetiva del analista, la experiencia subjetiva del analizante y la experiencia del par analítico generada intersubjetivamente» (Ogden, 1994). El aspecto importante de esta línea de pensamiento es que la experiencia intersubjetiva no es una simple repetición del pasado, sino una nueva recreación, una nueva experiencia que permite generar nuevos sentidos. Desde un punto de vista técnico, esta «experiencia intersubjetiva» creada por el par analítico se vuelve accesible al analista en parte a través de la «experiencia de sus propias ensoñaciones». Esas ensoñaciones aparecen durante la sesión en forma de rumiaciones narcisistas, distractibilidad y sueños diurnos, y no se consideran parasitismos que perjudican la necesaria atención flotante del analista ni el resultado de su propia transferencia al paciente. Para Ogden, esas ensoñaciones no son interferencias que provengan de los conflictos personales del

analista, sino que, por el contrario, «esta actividad psicológica representa las formas simbólicas y protosimbólicas (basadas en sensaciones) dadas a la experiencia no articulada (y con frecuencia no sentida aún) del analizante a medida que toman forma en el interior de la intersubjetividad del par analítico».

Ese recurso creciente a la contratransferencia a veces alcanza posturas extremas. Renik (1995), por ejemplo, partiendo de la imposibilidad de mantener una neutralidad total, propone una técnica terapéutica basada en la autorrevelación sistemática de los sentimientos, fantasías y pensamientos del terapeuta. Esta técnica, intencionadamente antiidealizante y no autoritaria, la presenta Renik como la más adaptada a una concepción del análisis que destaca su aspecto terapéutico. Según este enfoque, el objetivo del análisis sería más la constitución de nuevas experiencias, el aprendizaje de estrategias relacionales más sanas a través de la interacción con un nuevo objeto, el analista, que la continuación del *insight* que conduce a una mayor integración o mentalización. Se trata de una nueva versión del viejo debate sobre el análisis como instrumento que permite una nueva comprensión y el análisis como experiencia emocional correctiva.

En nuestra opinión, esta forma de utilización de la contratransferencia propia de la corriente Ferenczi–Winnicott y de la corriente intersubjetivista, que acabamos de describir como tendente a la figurabilidad y a la recreación, implica ciertos riesgos que consisten, sobre todo, en facilitar *actings* por parte del analista. La contratransferencia perdería así su valor de instrumento de la cura para volverse contra ella. Por consiguiente, puede ser utilizada por el analista con fines defensivos, con la consecuencia de reforzar efectos de sugestión y de seducción que desnaturalizarían seriamente el trabajo analítico.

Paradójicamente, esto es evidente sobre todo en técnicas como las de Renik, en que la autorrevelación del terapeuta favorece la idealización, la seducción, la sugestión y el refuerzo de la escisión bueno-malo: el analista se impone como personaje democrático, antiautoritario, accesible en todo momento y bueno. Esta técnica, que pretende no ser autoritaria, corre el riesgo de privar al paciente de una parte de su libertad interna debido a los efectos alienantes de la seducción y de la sugestión (Abella, 2012).

3. Corriente Klein–Isaacs–Bion

Desde un punto de vista cronológico, fueron sobre todo Racker (1953) y P. Heimann (1950) quienes introdujeron los primeros cambios revolucionarios en la comprensión de la contratransferencia. Más o menos contemporáneos son los trabajos de Greub, Little, Money-Kyrle, Winning y Strachey. Es interesante destacar que Racker y Heimann, que son los primeros en abordar el tema, llegan cada uno por su cuenta a puntos de vista parecidos. En resumen, la contratransferencia empieza a ser considerada no solo como posible *obstáculo* al análisis, sino como un *instrumento* esencial para la cura. Por consiguiente, se convierte en una cuestión que requiere una comprensión teórica y técnica.

Tanto Racker como Heimann y Money-Kyrle describen la contratransferencia en términos de *identificación* y de *proyección*. Racker, en trabajos posteriores (Racker, 1960), describe dos tipos de contratransferencia: la contratransferencia *concordante*, en la que el analista se identifica con el yo del paciente, y la contratransferencia *complementaria*, en la que la identificación se hace con el objeto interno —la imagen parental del paciente— proyectado sobre el terapeuta. Al enfoque de Racker, Grinberg (1962) le añade una comprensión no solo en términos de identificación (introyección) y proyección, sino en términos de identificación proyectiva y de contraidentificación proyectiva. Describe la situación en que el analista se identifica inconscientemente con el objeto interno del paciente proyectado en él. El analista es «empujado» por las comunicaciones verbales y preverbales del paciente a actuar como si fuera la figura que el paciente deposita en él; por ejemplo, cuando el paciente proyecta un objeto idealizado y el analista tiene la sensación de sentirse demasiado bien en la relación con él.

Ese mecanismo, que supone un modo de comunicación no solo verbal, sino también preverbal e inconsciente, ha sido extraordinariamente importante para la teoría de la técnica posterior. Ese «pressing» proyectivo a menudo es tan potente que Grinberg creía que era automático, independientemente de la personalidad del analista; cita el caso de un paciente que hizo varios análisis sucesivos con analistas supervisados por él y que todos reaccionaron de la misma manera a la proyección del paciente.

Por su parte, Money-Kyrle (1956) —con independencia de Racker— había destacado la existencia de una contratransferencia «normal», en la que el analista realiza simultáneamente una doble identificación: una con el yo infantil del paciente (identificación concordante, según la terminología de Racker) y otra «parental», con las imágenes internas del padre y de la madre de este.

De esas concepciones se desprende una actitud diferente del analista, que intenta situarse en una posición equidistante del analizado y de sus objetos internos, pero también de sí mismo y de sus identificaciones. Por consiguiente, el analista se compromete no solo a intentar comprender lo que no es consciente para el paciente e interpretárselo, sino también a esforzarse por detectar en sí mismo los sentimientos, emociones, pensamientos e imágenes que pueden presentarse en su mente. Esta actitud introspectiva permanente permite en cada sesión aproximarse al máximo a una discriminación esencial: la diferenciación entre la «contratransferencia específica» con cada analizante y lo que puede llamarse la «contratransferencia no específica», es decir, la contraactitud del analista frente a la situación y la relación analítica en general, que le pertenece en exclusiva y que es independiente del analizante. Por otra parte, el analista deberá interrogarse acerca de su propia transferencia infantil, provocada por un aspecto concreto de la transferencia. El objetivo de esta diferenciación es captar mejor lo que es provocado por el paciente a fin de integrarlo en la interpretación.

Betty Joseph (2003), por su parte, expresa la opinión de una corriente importante del pensamiento psicoanalítico actual, que considera que la contratransferencia es un instrumento esencial de la cura en la medida en que el analista es capaz de «ponerle el freno», «reprimirla» y no actuarla. Sin embargo, según este autor, es inevitable un cierto

grado de *acting out* por parte del analista: la neutralidad absoluta no es posible. En efecto, dejándose «perturbar» por su paciente y tomando en consideración las posiciones y las actitudes que se ve inducido a adoptar en su relación con él, el analista entra en contacto con lo que el paciente no puede expresar verbalmente. El analista será capaz de obtener un beneficio de su contratransferencia, evitando *actings out* dañinos en la medida en que es consciente de lo que va a experimentar y puede comprender las razones. Se trata de discernir, dice Betty Joseph, «en qué medida la perturbación (experimentada por el analista) está causada por su propia personalidad y sus propias preocupaciones y en qué medida y de qué manera tiene su origen en la patología del paciente o en su necesidad de transmitir algo al analista».

Robert Caper (1999), siguiendo esa misma línea, desarrolla los motivos que pueden llevar al analista a entrar en colusión inconsciente con su paciente. Se trata sobre todo de las necesidades narcisistas y omnipotentes del analista, de su deseo de verse como objeto ideal. Esas necesidades del analista pueden estar en consonancia con las necesidades del paciente de encontrar un objeto idealmente gratificante capaz de «curarlo» por arte de magia, ahorrándole el penoso trabajo psíquico de elaboración y de integración. El deseo de «curar» puede hacer que el analista intente influir en su paciente, utilizando de forma más o menos sutil la sugestión y la seducción. Por otra parte, el analista intenta inconscientemente ahorrarse el dolor psíquico de entrar en conflicto con su paciente, de ser visto por este como un objeto decepcionante y de tener que reconocer los límites de su poder como analista.

Por consiguiente, es posible que entre el paciente y el analista se establezca una alianza defensiva que dé lugar a un alivio superficial del sufrimiento del paciente, pero con dos consecuencias desastrosas. Por una parte, se establece una dependencia del analista que será difícil de elaborar. El paciente está «bien» mientras puede apoyarse en la seducción mutua establecida con el par analítico. Una vez acabado el análisis, el carácter efímero de los resultados obtenidos mostrará la fragilidad del pseudotrabajo realizado. Por otra parte, al aceptar la idealización, el analista contribuye a reforzar la escisión en su paciente, que tendrá necesidad de dirigir su agresión —y el objeto malo que de ella deriva— hacia el exterior. El efecto colateral frecuente de esa escisión es el deterioro de las relaciones del paciente con sus objetos externos —familia, amigos— e internos —las imágenes de sus padres—. Finalmente, el análisis entra en un *impasse*, porque la integración psíquica de las partes escindidas resulta imposible debido a que esa escisión ha sido reforzada por la relación analítica.

Esto puede considerarse desde el punto de vista del narcisismo. Como hemos visto antes, en nuestra opinión siempre hay una transferencia narcisista, así como también hay en todos los casos una contratransferencia narcisista por parte del analista. Esa contratransferencia puede ser fuente de resistencias y de colusiones.

Ejemplo clínico

Un paciente empieza el análisis explicando la difícil relación con su padre, un hombre violento y despreciativo que, no soportando la oposición de su único hijo, desde muy pequeño le anunció que nunca llegaría a nada. Pese a sus incontestables éxitos objetivos en todos los terrenos, el paciente tiene la sensación de agotarse en sus esfuerzos por desmentir esta predicción paterna. No hay nada que le produzca satisfacción, se siente

aplastado por la imagen de su padre, invadido constantemente por los recuerdos infamantes de su «maltrato». La madre, en cambio, siempre estuvo incondicionalmente de su parte, aunque en la práctica se sentía impotente ante el tirano familiar.

Las primeras sesiones del análisis permiten que el paciente acceda a lo que podría considerarse un trauma más antiguo, oculto tras el trauma aparente y declarado. Mediante el trabajo sobre la transferencia, evoca la imagen de una madre deprimida tras la pérdida de su segundo hijo, madre precozmente insatisfactoria, que oscila entre la frialdad y el rechazo, por una parte, y la seducción teñida de manipulación, por la otra. Ese primer cambio de las representaciones de su historia tiene un efecto liberador enorme.

Pero eso no es todo. Poco a poco el paciente descubre no solo su participación de niño en los escenarios descritos, la manera como los utilizó, las satisfacciones omnipotentes y masoquistas que obtuvo, sino sobre todo hasta qué punto se trata de fantasías inconscientes que siguen manteniéndose fuertemente activas en la actualidad. El trabajo transfero-contratransferencial permite desvelar las complicadas estrategias ideadas y el enorme precio pagado para mantener una doble ilusión: la de haber podido preservar un estado de fusión aconflictivo con la madre primitiva (responsable de la transferencia narcisista del paciente) y la de haber triunfado sobre las dos vertientes edípicas (positiva y negativa) erigiéndose a la vez en dueño indiscutible del amor de la madre seductora y dueño indiscutible del amor sadomasoquista del padre (expresado en la «transferencia neurótica»).

En una de las últimas sesiones del análisis, el paciente se pregunta por las convicciones que tenía al comienzo de este y por las representaciones referidas a sus padres y las modificaciones posteriores. Dice: «Ahora todo esto resulta confuso. Todo lo que he dicho es verdadero y falso a la vez. Ahora, es como si hubiera tenido varios padres y varias madres, todos y todas diferentes. No; sería más exacto decir que todavía tengo varios padres y varias madres, pero lo importante es que todo esto ya no tiene el mismo valor. Tampoco usted tiene el mismo valor; todo esto se aleja de mí y yo me siento más ligero para vivir mi vida». Al margen del tono levemente maniaco aún que ese paciente elige para empezar a acabar su análisis, nos parece captar en sus palabras el reconocimiento del valor fantasmático y relacional de sus recuerdos de infancia, de la importancia que sus objetos internos han conservado en su vida, del modo como lo han empujado a buscar sin tregua, en la transferencia y también en todos los aspectos de su vida, madres primitivas con las que poder fusionarse, o madres seductoras y padres sádicos a los que poder dominar. También podríamos ver, en las palabras de ese paciente, el sentimiento de estar más en contacto con su mundo interior; de ahí la esperanza de poder «liberarse un poco más de todas esas madres y esos padres y vivir la vida más ligeramente».

IV. La interpretación

En su definición más general, la interpretación es la aclaración y exposición al paciente del significado oculto (sentido) de un fenómeno o acto psíquico (Rycroft, 1968). El objetivo de la interpretación es «integrar en el conjunto del psiquismo» (S. Freud, 1915) lo que ha sido rechazado o apartado por la acción de los mecanismos de defensa en el «marco analítico» (*setting*) y en la relación analítica.

Como destacan Canestri (2011) y Loch (1963), las bases freudianas en las que se basa el concepto de interpretación son dos. En primer lugar, el postulado de que los actos mentales tienen efectivamente un sentido: sentido, significado o intención deben considerarse sinónimos. En segundo lugar, que «la experiencia muestra que cuando se trata de otras personas sabemos interpretar muy bien; esto es, incluir en la coherencia anímica aquellos mismos actos a los que negamos el reconocimiento psíquico cuando se trata de nosotros mismos» (*Lo inconsciente*, 1915), aunque esas otras personas no los reconozcan como tales.¹

Estos postulados implican que en toda comunicación humana hay una realidad común compartida.

Las intervenciones del analista no son una interpretación. Pueden ser una «confrontación» para señalar aspectos contradictorios, una «aclaración», una «interrogación» o una demanda de información. Sin embargo, estas intervenciones se consideran preparatorias y a menudo conducen a una interpretación.

La interpretación es, por tanto, una información y nada más que una información que se da al paciente a partir de sus asociaciones, de su conducta en la sesión y de la expresión de sus afectos o de sus emociones. Debe ser emitida en el momento adecuado (*timing*), cuando se considera que el paciente puede recibirla, y de la manera más «pertinente» en función de cada paciente y del contexto, basándonos en el material asociativo más cercano a su conciencia.

A partir de ese punto común, las diferencias en la teoría de la práctica de la interpretación dependerán de lo que se entiende por «inconsciente» y «relación analítica», en primer lugar en el mismo Freud y luego en sus sucesores.

El concepto de interpretación en Freud es coherente con la evolución de su teoría general sobre el psiquismo y su desarrollo y, sobre todo, con el abandono de la «primera tópica» (consciente – preconsciente – inconsciente) y con la introducción de su «segunda

tópica» (estructura de la personalidad en tres «instancias»: ello – yo – superyó). En los capítulos anteriores, hemos seguido las diferentes etapas de la teoría de la técnica de Freud y de sus sucesores respecto del marco y, en especial, respecto de la transferencia y la contratransferencia: esas concepciones caracterizan las distintas teorías y la práctica de la interpretación.

A continuación vamos a tratar:

- la interpretación en la obra de Freud;
- la interpretación y el desarrollo precoz (organizaciones preneuróticas);
- la doble transferencia (neurótica-narcisista) y su interpretación.

La interpretación en la obra de Freud

El paradigma del concepto de interpretación se halla en la interpretación de los sueños (*La interpretación de los sueños*, 1900), desarrollada en 1911 (*El empleo de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis*, 1911). Para Freud, se trata del proceso de comprensión que realiza el analista a partir del «contenido manifiesto» del relato del sueño en la sesión y que lo conduce a las «ideas latentes». Ese proceso es el mismo, aunque en sentido opuesto, que el recorrido por el paciente para elaborar el contenido manifiesto a partir de sus ideas latentes. El sueño, dice Freud en su primera teorización sobre la actividad onírica, siempre es un intento de satisfacer un deseo inconsciente — aprovechando las condiciones especiales que representa el estado de sueño— y con la ayuda de una deformación o disfraz para desviar la defensa.

A partir de los sueños, Freud ampliará el campo de las interpretaciones al contenido inconsciente (latente) de las asociaciones libres, los actos fallidos, los lapsus, las conductas y los síntomas (*Los escritos técnicos de Freud*). Para Freud, el objetivo último de la interpretación es el deseo inconsciente y la fantasía en la que se materializa (Laplanche y Pontalis, 1968); en consecuencia, siempre está en relación con el conflicto entre los deseos y las fuerzas y estructuras defensivas que se oponen a su reconocimiento y a su satisfacción.

Cuando Freud comprende que la teoría «tópica» (espacial) del paso de los pensamientos del sistema inconsciente al sistema consciente no es suficiente para obtener resultados terapéuticos, desarrollará el punto de vista «dinámico», que se centra en el análisis de las resistencias: las fuerzas que se oponen a la toma de conciencia provocan el conflicto (contradicciones internas). Ese proceso lo llevará a modificar su teoría de la organización del «aparato psíquico» (de la personalidad) y a introducir la segunda tópica con los conceptos de yo – superyó – ideal del yo – ello.

Ese punto de vista lo completarán sus primeros discípulos. Después de W. Reich (1933) y de T. Reik (1933), O. Fenichel (1941) llevará a cabo una primera sistematización de la teoría de la técnica freudiana, insistiendo en la interpretación de las resistencias (expresión de los mecanismos de defensa del yo) para conseguir un compromiso e intentar mantener la coherencia de la personalidad ante sus contradicciones. Esta interpretación de las resistencias siempre irá acompañada de la de

los «derivados pulsionales» cuando aparecen en el material. Según Fenichel, el análisis es una forma de educación del yo para que tolere derivados pulsionales cada vez menos distorsionados; la interpretación mostrará al paciente los fallos de su yo en sus funciones de percepción y de juicio de la realidad interna y externa.

No obstante, será A. Freud quien desarrollará la técnica que se desprende de los trabajos de Freud cuando introduce la segunda tópica (*El Yo y el Ello*, 1923), (*Inhibición, síntoma y angustia*, 1926), y lo hace con el rigor y la claridad que caracteriza toda su obra. Como ya hemos señalado, sigue el concepto freudiano de «neurosis de transferencia» como reproducción en la relación con el analista del modo específico en que cada analizado se ha enfrentado al conflicto edípico en la infancia y lo ha resuelto. En la relación analítica, este intentará satisfacer los deseos edípicos necesariamente frustrados, lo que a su vez activará defensas contra la angustia superyoica de castración. Para huir de este conflicto se produce una regresión más o menos importante a «puntos de fijación» pregenitales. Esos deseos preedípicos también intentarán satisfacerse en la transferencia, provocando un nuevo conflicto regresivo, y las correspondientes angustias y defensas.

Al igual que Fenichel, A. Freud (1936) no cree que la interpretación de las resistencias (defensas del yo) deba ser prioritaria y sistemática. Ha de oscilar como un péndulo entre la resistencia (yo) y la pulsión (ello); por lo tanto, el trabajo consiste básicamente en este equilibrio entre el análisis del yo y el análisis del ello. En general, aparecen en primer lugar en el material expresiones de la defensa y, cuando son interpretadas, siguen manifestaciones pulsionales y de angustia, precisamente aquellas que la defensa no dejaba emerger.

Añadamos que Freud establece diferencias entre varios tipos de interpretaciones: las interpretaciones que se pueden hacer de los «conflictos actuales», esto es, las que se refieren a las relaciones del paciente con personas significativas de su entorno exterior durante la cura, y las interpretaciones de la relación transferencial. Para Freud, las realmente importantes son estas últimas, que además son fuente de cambios (nadie puede ser vencido *in absentia* o *in effigie*, S. Freud, 1912). Sin embargo, pueden hacerse «construcciones» de la vivencia en el pasado relacional infantil a partir de su reproducción en la transferencia (S. Freud, 1937). A esa vivencia relacional infantil la hemos llamado «historia fantasmática» (Manzano, 2011).

Esta concepción freudiana de la interpretación por lo general es aceptada por el psicoanálisis posterior, aunque limitada en su aplicación a las patologías «neuróticas», es decir, a las personalidades que en su desarrollo han alcanzado el nivel de organización triangular (edípico).

Respecto de las patologías preneuróticas, como en el caso de la noción de transferencia, las diferencias entre las distintas corrientes a propósito de la interpretación dependerán del modelo de desarrollo precoz en el que están basadas. Encontramos de nuevo, de forma resumida, las tres grandes corrientes: A. Freud (psicología del yo); M. Klein–Segal–Bion; Ferenczi–Balint–Winnicott.

La interpretación y el desarrollo precoz (organizaciones preneuróticas)

1. Corriente A. Freud–Fenichel–Greenson (psicología del yo)

Como hemos señalado a propósito de la transferencia (capítulo II, p. 23), Anna Freud — así lo destaca Etchegoyen (1986)— «había completado la teoría de Freud de la interpretación». En cambio, no admite la existencia de la «transferencia precoz». Por consiguiente, para Anna Freud esas patologías preneuróticas (o «narcisistas» de S. Freud) no son realmente analizables ni interpretables.

2. Corriente Ferenczi–Balint–Winnicott

Como ya se ha mencionado anteriormente (capítulo II), según Winnicott, la técnica no debería ser interpretativa en el caso de los pacientes que no hayan alcanzado lo que él llama el «estadio de concernimiento» (posición depresiva de M. Klein), que también puede denominarse organización neurótica edípica. En esos casos, como señala Etchegoyen (1986), no se trata realmente de transferencia, sino de una relación directa y actual; «gracias a la regresión desaparece el falso *self*». El analista se encuentra entonces frente al «verdadero niño» que había permanecido oculto detrás de la falsa identidad adaptativa. A fin de respetar el área de ilusión del paciente y de evitar invadir su espacio y su ritmo propio, el analista se abstendrá de realizar interpretaciones verbales. De modo que la interpretación, en determinados períodos del tratamiento, ha de ser sustituida por una escucha amable y silenciosa, o bien por técnicas activas. Esas intervenciones activas del terapeuta (Ferenczi, Balint, Winnicott, Alexander) pueden adoptar la forma de acciones o de actos simbólicos (Anzieu, 1975) o bien consistir en simbolizar en lugar del paciente, comunicarle lo que ha «permanecido en negativo», lo que no se ha experimentado, debido siempre a un entorno defectuoso. Es una forma de construcción, llamada más tarde «trabajo de figurabilidad» (Botella C. y S., 2001), así como técnicas derivadas del «squiggle» de Winnicott para crear un «área de juego» o incluso un «espacio transicional».

3. Corriente Klein–Segal–Bion

Hemos descrito en el capítulo II la concepción de esta corriente respecto del desarrollo precoz y el conflicto primitivo, así como la interpretación de sus manifestaciones transferenciales entendidas como expresiones actuales, en la relación analítica, de ese conflicto precoz. Ampliando, en cierto modo, a ese nivel arcaico la misma técnica interpretativa de Freud para la «neurosis de transferencia», interpretaremos aquí las defensas llamadas psicológicas (escisión, identificación proyectiva e introyectiva, denegación) y las pulsiones libidinales y agresivas expresadas en las «fantasías inconscientes» (véanse más detalles sobre estas nociones en el capítulo II, p. 23 *ss*).

Las características de la técnica interpretativa de esta corriente han sido resumidas por Kernberg (2002):

- una búsqueda de material clínico que exprese el punto concreto del nivel máximo de la angustia en la sesión;
- el esfuerzo por interpretar las fantasías inconscientes del paciente, en el nivel más profundo, explorando la relación con el objeto primitivo en el marco de las posiciones esquizo-paranoides y depresivas;
- la interpretación precoz y el análisis del desarrollo de la transferencia, que incorpore la exploración de un mundo inconsciente de objetos internalizados y su manifestación en la transferencia, así como su vínculo con las fantasías arcaicas que incluyen aspectos corporales del interior de la madre;
- como hemos visto en el capítulo anterior, habría que añadir la contribución de la comprensión de la contratransferencia y su papel en las interpretaciones propuestas.

Entre los autores poskleinianos, Racker (1960) definió «la interpretación completa» como la que incluye las defensas, los afectos y las pulsiones, es decir, las fantasías inconscientes que están presentes, aunque se acceda a ella por etapas sucesivas. B. Joseph (1985), por su parte, introdujo la noción de «transferencia total», considerando que todas las asociaciones y conductas del paciente son necesariamente transferenciales. Otros autores y también nosotros consideramos que se trata de una visión algo radical. Más recientemente, J. Steiner ha propuesto diferenciar las «interpretaciones centradas en el paciente», las que invitan a un *insight* que lo concierne (por ejemplo: usted siente que...), de las «interpretaciones centradas en el analista», que aceptan la proyección del paciente (por ejemplo: usted me siente...). Mientras que se considera que las primeras tienen un valor transformativo mayor, tal vez es necesario pasar primero por interpretaciones centradas en el analista, menos difíciles de aceptar y que permiten una exploración de los sentimientos y de los pensamientos del paciente (Steiner, 1996).

Uno de nosotros (Abella, 2008) ha destacado la importancia de tener en cuenta a la hora de interpretar no solo el «contenido» del material pulsional y defensivo infantil repetido en la transferencia, sino también la motivación o la intención que subyace a la aparición de cierto material en un momento determinado de la relación con el terapeuta. Esta intencionalidad a menudo es «resistencial» y puede tener como objetivo, según señala Bion (1970), inducir en el analista interpretaciones que dejen la defensa «intacta» y dirigirlo hacia una relación «colusiva», cuya finalidad es prevenir la emergencia de lo nuevo. También al terapeuta le interesa interrogarse acerca de su posible motivación en la relación inconsciente aquí y ahora, en el momento de concebir una interpretación o una construcción. Lo ilustramos con la siguiente viñeta:

Ejemplo clínico

Durante un tiempo, una paciente empieza muchas veces la sesión diciéndome: «siempre sé lo que va a decirme». Cuando le interpreto su necesidad de creer que pensamos lo mismo, que no somos diferentes, llora de forma inconsolable, se siente triste y desvalorizada.

Comentario: se trata de la expresión de una fantasía inconsciente de identificación proyectiva de carácter defensivo contra la angustia de separación en la transferencia. En ese momento bastante avanzado del análisis, la interpretación tiene un efecto inmediato. La resistencia cede y la paciente puede expresar todos los

sentimientos que evitaba gracias a esta «creencia» de fusión con el objeto primitivo revivida en la relación con el terapeuta. Esta interpretación abre el camino a una reconstrucción penosa del pasado en un segundo tiempo, cuando el material asociativo lo permite.

Una teoría integradora: «la interpretación mutativa» de Strachey

Las tres corrientes de pensamiento que acabamos de describir a grandes rasgos subrayando sus diferencias tienen, como se ha indicado, muchos puntos en común a partir de Freud. Hay, además, ejemplos de pensamiento que integra la teoría estructural (A. Freud) y la teoría kleiniana de la relación de objeto. Citemos aquí el artículo de Strachey (1934) sobre «La interpretación mutativa», convertido en un clásico, comentado por numerosos autores, especialmente Rosenfeld (1972), Klauber (1972), y estudiado en todas sus implicaciones e influencias por Etchegoyen (1986) cincuenta años después de su publicación. Se trata de un texto fundamental sobre la acción terapéutica del psicoanálisis, cuyas nociones esenciales han sido adoptadas por muchos psicoanalistas, entre los que nos encontramos también nosotros.

Strachey parte de la tesis de Freud (1921) sobre la acción terapéutica de la sugestión en la hipnosis, que atribuye al hecho de que el hipnotizador se sitúa en lugar del ideal del yo del hipnotizado, del mismo modo que el líder para los miembros del grupo (Freud). El efecto de la sugestión —y de la hipnosis— se produce por medio de la reintroyección de la imagen de líder o de terapeuta idealizado; se trata, como sabemos, de un efecto transitorio. Para explicar los cambios permanentes que pueden obtenerse por medio del análisis, Strachey, siguiendo a M. Klein, considera que esos fenómenos relacionales descritos por Freud en la hipnosis y la sugestión forman parte de un funcionamiento general del ser humano que, por un proceso continuo de introyecciones y de proyecciones, constituye la estructura del aparato psíquico. Para M. Klein, el superyó aparece muy precozmente (Klein, 1928) y está marcado por el sadismo y la agresión. Más allá de las características reales de los padres, el niño puede sentirse aterrorizado frente a un superyó portador de sus propias pulsiones destructivas (en forma de fantasías inconscientes de destruir, morder, cortar en pedazos...) que había proyectado sobre el objeto parental y que después reintroyectó. De modo que el objeto sobre el que se proyectan las pulsiones es reintroyectado con sus características, y la nueva proyección sobre el objeto dependerá de ellas. Puede crearse un «círculo vicioso», en el que el objeto se vuelva cada vez más peligroso por el sadismo proyectado y, frente a esa amenaza, el sadismo es reforzado a su vez como defensa y reprojectado de nuevo sobre el objeto, luego reintroyectado, y así sucesivamente.

No obstante, gracias al *setting* (marco) y a la actitud analítica, la interpretación transferencial de sus fantasías permite al paciente percibir que el objeto-analista no corresponde realmente a su proyección persecutoria. La interpretación de lo que está pasando en ese momento en la relación, a la vez positivo y muy hostil, enfrenta al paciente directamente a lo que corresponde al objeto y lo que le pertenece. Se trata de la «interpretación mutativa». Se creará así, progresivamente, un «círculo virtuoso» en el que el objeto interno reintroyectado es cada vez mejor y protector a medida que se

repiten esas experiencias. Esto guarda relación con un avance de la libido hacia el nivel genital.

La doble transferencia neurótica-narcisista y su interpretación

La existencia de una doble transferencia en todos los análisis implica, en nuestra opinión, otra visión de la relación transferencial (véanse pp. 53 ss, así como el ejemplo clínico). Desde el punto de vista de la interpretación, se trata de identificar e interpretar en cada sesión la presencia de la fantasía principal, ya sea narcisista u objetal edípica, señalando al mismo tiempo la escisión explícita o implícitamente —por ejemplo, retomando la formulación de Meltzer— (1967) entre «la parte adulta y la parte infantil». Desde el punto de vista técnico, nos ha parecido indispensable interpretar también las transferencias narcisistas paralelas externas en las relaciones actuales con las personas, pero también con lugares y objetos diversos, por ejemplo las transferencias «simbióticas» a instituciones descritas por Bleger (1967).

Ya en la primera entrevista estará presente esta parte narcisista, sobre todo cuando es más o menos dominante. Es importante tener en cuenta que acudir a la consulta implica que la «fórmula de compromiso» entre la parte narcisista y la parte objetal ha fracasado y que, como sabemos, el terapeuta es percibido como una amenaza a la imagen narcisista omnipotente de sí mismo.

A partir de ese momento, nuestro «interlocutor» será doble, pero nuestro objetivo es entrar en contacto con el yo primitivo original integrado (equivalente, para nosotros, a lo que Winnicott llama «verdadero *self*»). Ese yo primitivo es el que, frente a la realidad externa e interna necesariamente frustrante y las correspondientes angustias de persecución y separación, ha instrumentalizado la escisión y las otras fantasías defensivas, que son las responsables de la organización patológica de la personalidad.

Desde un punto de vista técnico, nos parece importante llamar la atención respecto de la frecuencia de *actings-out* narcisistas; se trata de actos que tienen el significado inconsciente de confirmar la omnipotencia de la satisfacción inmediata de los deseos, así como de las fantasías defensivas (por ejemplo, la fusión para evitar la angustia de separación).

Asimismo, en todos los casos aparece una contratransferencia narcisista, así como la propia transferencia narcisista del terapeuta al paciente. Por lo tanto, siempre hay riesgo de colusión, fuente de resistencia, que podemos llamar contra-*acting* narcisista. En general, como señala Loewald (1986), la contratransferencia narcisista siempre implica angustias de pérdida de identidad debido al carácter de fusión y de confusión de las fantasías que actúan.

Ejemplo clínico

Durante el período al que se refiere el terapeuta, la relación analítica le parecía sólidamente establecida. El material que M.B. le aportaba era muy atractivo. Los distintos aspectos del complejo de Edipo siempre estaban representados con construcciones de naturaleza apasionante. Si el terapeuta intervenía o interpretaba, M.B. buscaba toda clase de recuerdos, asociaciones y sueños que resultaban muy pertinentes y productivos. Constituían el punto de partida de nuevas cadenas asociativas y de descubrimientos muy interesantes.

Durante un tiempo, ambos parecían estar muy satisfechos del desarrollo del análisis.

Fue la contratransferencia la que, en primer lugar, ayudó al terapeuta a preguntarse por la situación. Estaba demasiado «contento»; no era un estado de euforia propiamente dicho, sino una especie de satisfacción excesiva. A veces hasta llegaba a pensar en un final muy próximo del análisis, que en realidad acababa de comenzar.

Todo sucedía como si hubiera un acuerdo tácito, un «gentlemen agreement», que no había que tocar por nada del mundo. El terapeuta comprendió que había una auténtica colusión fantasmática. Aparentemente, M.B. se sometía totalmente a él, de manera que formaban uno solo, sin diferencia ni distinción; era un estado fusional narcisista camuflado muy sutilmente, tanto por M.B. como por el terapeuta. Él lo trataba como un objeto interno idealizado que le pertenecía sin distancia ni diferenciación, con el que el terapeuta se identificaba por contraidentificación proyectiva.²

Tras una interrupción temporal no prevista por razones profesionales, la continuación del análisis permitió al terapeuta comprender e interpretar sus fantasías y aquello de lo que se defendía, concretamente de la angustia de la separación.

La atención especial dedicada a la naturaleza de esta conflictividad (en la medida de lo posible en la relación transferencial) y a la omnipotencia agresiva atribuida a las fantasías agresivas por la parte narcisista infantil permite aliviarla. Strachey lo demostró en su artículo sobre la interpretación mutativa (véase p. 93).

Este autor toma como ejemplo el análisis en la transferencia de la expectativa de un superyó muy riguroso y agresivo, rigor muy mitigado por la interpretación y la actitud tolerante y comprensiva del analista, que contrasta con la imagen negativa y persecutoria que resulta de la proyección transferencial sobre él de la hostilidad infantil omnipotente.

Esa visión de la conflictividad depresiva es propia de una visión de la posición depresiva que ya aparece al comienzo de la vida, como destacó M. Klein al final de su obra (Klein, 1957), aunque al principio debía apelar, con frecuencia, al funcionamiento esquizoparanoide en función de las angustias primitivas. Idea compartida por otros autores (Diatkine R., 1975) y desarrollada por Meltzer (Meltzer y Harris Wilhanis, 1988) en el Impacto del Objeto estético.

Un ejemplo muy ilustrativo de esta interpretación de la severa conflictividad depresiva vinculada a los celos, que va acompañada de las fantasías agresivas omnipotentes de muerte de su hermanito y de sus padres, se encuentra en el caso de psicoterapia de Ricardo. En su primera sesión de psicoterapia, Ricardo, deprimido, muy inhibido y con ideas suicidas, explicó sus malos sueños; la interpretación de la omnipotencia mortífera de sus celos lo animó mucho, lo animó a jugar y a decirle alegremente a su madre, al final de la sesión: «¡Casi hemos encontrado la causa de mi problema!».

Actings e interpretación

El *acting out* (fuera de la sesión) y el *acting in* (en la sesión) son, de forma resumida, conductas que siempre tienen un significado de satisfacción, tanto de los deseos inconscientes (objetales, edípicos o narcisistas), como al servicio de una defensa. Por ese motivo constituyen inevitablemente una forma de resistencia a la toma de conciencia de lo rechazado o a la integración de lo «escindido». Por ejemplo, el *acting* más frecuente del paciente que no acude a la última sesión antes de las vacaciones puede significar que este abandona antes de ser abandonado y de este modo evita tomar conciencia e integrar

los sentimientos transferenciales penosos de ser el niño impotente pasivamente abandonado. En general, los *actings* tienen la característica de ser actuados —en nuestro ejemplo, el hecho de no acudir a la sesión para satisfacer las fantasías omnipotentes—. En nuestra formulación, en términos pulsionales, la parte de placer narcisístico de la personalidad controla y domina la parte de realidad neurótica.

Recientemente se ha producido un debate sobre la cuestión de la inevitabilidad de los *actings out*, tanto por parte del paciente como del analista, y se han contemplado tres posibilidades de interpretación: en la primera, los *actings out* se consideran el resultado de un fallo de contención por parte del analista y, por lo tanto, se califican de falla en el proceso. Una segunda posibilidad es verlos como actualización de un contenido inconsciente que no puede manifestarse de otro modo, especialmente por la palabra. En este sentido, constituyen más bien una oportunidad para el tratamiento. La tercera opción sugiere que las acciones son inevitables y constantes: se interpretan como contrapartida conductual de lo que va a ser discutido por el analista y el paciente. Según este último punto de vista, son parte integrante de todo proceso analítico o psicoterapéutico (International Journal of Psychoanalysis, 2013, 94, (3), p. 525).

Los *actings* no pueden ser interpretados directamente, ya que sería una simple traducción sin ningún resultado. Hay que esperar que aparezca un material asociativo más próximo a la conciencia, como punto de apoyo intermediario de la formulación, generalmente de carácter transferencial.

¹ Hay que destacar que este principio freudiano cuenta hoy en día con una base neurofisiológica gracias al descubrimiento del sistema de «neuronas espejo» (Rizzolati, Dare y Holder, 2001). El sujeto observador es capaz de captar la intencionalidad del sujeto observado y activar el circuito cerebral correspondiente a la ejecución de esta intención. Nosotros añadiríamos: incluso si el sujeto observado no es consciente de esta intencionalidad.

² Esta forma de colusión narcisista nos explica los fenómenos de «tercero analítico» y otros similares descritos por autores de la corriente intersubjetivista y constructivista; sin embargo, el propio Ogden reconoce que podría considerarlos como identificación proyectiva (Ogden, 1994).

V. La construcción

Freud (1937) definió la construcción comparándola con la interpretación. Esta es, por lo general, más breve, «se aplica a alguna cosa que uno hace con un elemento sencillo del material, como una asociación o una parapraxia...» mientras que «es una construcción cuando uno coloca ante el sujeto analizado un fragmento de su historia anterior, que ha olvidado, de un modo aproximado como este: “Hasta que usted tenía n años se consideraba como el único e ilimitado dueño de su madre; entonces llegó otro bebé y le trajo una gran desilusión. Su madre lo abandonó por algún tiempo y aun cuando reapareció nunca se hallaba entregada exclusivamente a usted. Sus sentimientos hacia su madre se hicieron ambivalentes; su padre cobró una nueva importancia para usted”, etc.».».

En este capítulo trataremos de la construcción/reconstrucción en la obra de Freud, en las corrientes intersubjetivas (constructivistas) y en las tres corrientes posfreudianas.

Construcción/reconstrucción en la obra de Freud

En 1937, hacia el final de su vida, Freud propone una reflexión profunda sobre la construcción (S. Freud, 1937). Este tipo de intervención ya la había utilizado antes, por ejemplo en 1909 en *El hombre de las ratas*. En esta ocasión, Freud relaciona el hecho de desear la muerte del padre con un castigo infantil por un episodio de masturbación. *El hombre de las ratas* aportó un recuerdo que Freud tomó como confirmación de su construcción. No obstante, Freud señala un hecho importante respecto de la credibilidad de los recuerdos: el individuo los deforma, dice Freud, por razones defensivas, proyectando sus deseos hacia su entorno.

Ahora bien, pese a las discordancias introducidas por razones defensivas, Freud insiste en el núcleo de verdad contenido en toda una serie de producciones psíquicas y culturales: los recuerdos, los sueños, los delirios, los mitos, las reconstrucciones y construcciones del analista que, pese a sus inexactitudes, contienen una verdad profunda que es el fundamento del sentimiento de convicción del individuo. Tal como se ha señalado (Grubrich-Simitis, 1988), Freud se enfrentó durante toda su vida al problema que plantea la articulación entre realidad externa y realidad interna. De ahí que solo abandonara la búsqueda de historicidad en el pasado del individuo para buscarla en el pasado de la humanidad. Sus tesis filogenéticas, abandonadas por la mayoría de los

psicoanalistas actuales, se basan en la idea sólida de que el presente está determinado por el pasado, ya sea el pasado individual o el de la especie.

Construcción/reconstrucción en las tres corrientes posfreudianas

1. Corriente A. Freud (psicología del yo)

La cuestión de la verdad de la construcción y su utilización en psicoanálisis se retomó siguiendo la concepción freudiana de los «recuerdos pantalla». Con este término Freud designa recuerdos extraordinariamente nítidos, de contenido mayoritariamente banal, que plantean la cuestión de su supervivencia. ¿Por qué el individuo conserva recuerdos insignificantes y en cambio olvida otros mucho más significativos? En el análisis, dice Freud, esos recuerdos a menudo se refieren a vivencias importantes para el niño y revelan fantasías inconscientes fundamentales para el sujeto. Actúan como recuerdo pantalla en los dos sentidos del término: permiten mostrarlo todo ocultándolo. En efecto, esos recuerdos pantalla a veces remiten a hechos anteriores que aparentemente se han depositado en la insignificancia de un detalle banal. Otras veces, la flecha del tiempo va en otra dirección, y son hechos posteriores los que se reúnen en torno a un incidente mínimo que los precede.

Esas mismas consideraciones pueden aplicarse a las reconstrucciones del analista, que hacen la función de pantalla en los dos sentidos de la palabra: pueden desvelar una verdad profunda y, al mismo tiempo, pueden ocultar elementos fundamentales. En otras palabras, la reconstrucción puede introducir deformaciones importantes sobre la base de un núcleo de verdad (Good, 1998).

Esos argumentos determinaron la idea de que la construcción tiene la misma estructura interna que el síntoma en cuanto aparece como un compromiso entre pulsión y defensa. Esto suscita ciertos resquemores de carácter ético, ya que algunos autores sugieren que la reconstrucción puede intervenir como intento intelectualizado, y a menudo desconocido, de sugestión, educación o adoctrinamiento del paciente por parte del analista (Blum, 1999).

2. Corriente Ferenczi–Winnicott: «La construcción de lo irrepresentado»

Si Freud se había planteado el problema de la reconstrucción de un pasado real, tanto individual como colectivo, algunos autores posteriores se preguntaron por el devenir de lo que no ha sido vivido ni representado y que ha dejado un vacío, una falta de representación allí donde, según la famosa frase de Winnicott, algo debería haber pasado. La idea básica es que el individuo sufre tanto por las huellas de experiencias dolorosas como por la ausencia de experiencias necesarias.

Esta problemática la ha recuperado recientemente J. Press (2011), que utiliza más el término construcción que reconstrucción. Esta elección lingüística no es inocente. En efecto, el psicoanálisis contemporáneo se preocupa menos de reconstruir, en el sentido de recuperar lo que ha sido, que de construir, en el sentido de reinventar el pasado. Somos conscientes de que todo proceso de conocimiento implica cierto grado de recreación. En

este sentido, el psicoanálisis se aproxima a otras disciplinas contemporáneas, como la antropología o la historia: el punto de vista del que reconstruye tiene una influencia decisiva en el resultado final, de manera que la palabra «construir» refleja con más fidelidad la naturaleza del proceso. Curiosamente, aunque manteniendo su convicción de la verdad de la reconstrucción, Freud era consciente de sus límites, como indica su comentario de 1909 sobre el proceso del recuerdo, en el que el sujeto «procede como un auténtico historiador que contempla el pasado a la luz del presente» (nota 850).

3. Corriente Klein–Isaacs–Bion: «La construcción de la historia fantasmática»

La noción kleiniana de «fantasía inconsciente» permite resolver algunos problemas suscitados por la construcción. Como ya hemos indicado, entendemos por fantasía inconsciente los escenarios inconscientes que representan un sujeto, su objeto y lo que sucede entre ambos. Más concretamente, incluyen representaciones de sí mismo y del objeto unidos por deseos, expectativas y temores. También se podrían describir como paradigmas relacionales inconscientes que implican deseos, angustias y mecanismos de defensa específicos. Sólidamente fijados a la historia del individuo y contruidos a partir del encuentro entre su pulsionalidad y el mundo exterior, no representan tanto los hechos objetivos como la manera en que el individuo los ha vivido. Por otra parte, esos paradigmas relacionales implícitos evolucionan con el tiempo, de manera que contienen el sedimento de las capas sucesivas de experiencias emocionales que pueden modificar su naturaleza originaria. Las fantasías inconscientes, lejos de estar fijadas, pueden fusionarse con otras experiencias, modularse, cambiar de signo, aligerarse o, por el contrario, volverse más rígidas y coercitivas. Es precisamente esta capacidad de evolucionar con el tiempo vinculada a nuevas experiencias emocionales lo que permite su transformación en el transcurso del análisis.

Un elemento importante de esta teorización es la idea de que un sujeto determinado posee un número de fantasías limitado (Feldman, 1993), que caracterizan su personalidad y que habitualmente utiliza en su vida, alternándolas según las circunstancias. La manera como el individuo entra en relación con su mundo, sus expectativas, sus percepciones, la manera como recuerda su pasado está matizada por estos escenarios inconscientes implícitos. Además, la fuerza de estos es tal que un individuo tenderá no solo a percibir su realidad según el color del cristal inconsciente con que la mira, sino que no podrá impedir en los otros actitudes coincidentes con la fantasía suya que está activa en un momento dado.

Así que esto es precisamente lo que se reproduce en una relación terapéutica. El paciente percibe y vive su relación con el analista según sus modalidades relacionales implícitas e induce en el analista las emociones y actitudes que corresponden. Por lo tanto, prestando atención no solo al material del paciente, sino también a sus propias vivencias contratransferenciales, el analista estará en condiciones de reconstruir la fantasía inconsciente de su paciente. Se trata del primer paso para la transformación de la fantasía en la relación con el analista, proceso que a veces puede ir acompañado de una

construcción/reconstrucción del pasado a partir de la vivencia transfero-contratransferencial.

La construcción en las corrientes intersubjetivas (constructivistas)

Además de las tres corrientes «clásicas» posfreudianas, hay otras, entre las que destaca la corriente constructivista o intersubjetiva.

Aunque esta corriente del psicoanálisis contemporáneo presenta puntos de vista muy distintos, también contiene algunas ideas comunes (Abella, 2011). La idea que obtiene mayor consenso es la de que lo accesible en una relación analítica no es tanto el mundo intrapsíquico del paciente como el campo interpersonal creado entre el paciente y el analista. Puesto que ese campo interpersonal es el producto del encuentro, las aportaciones de uno y de otro son indistinguibles. Es más, de nada sirve intentar distinguirlas, ya que el efecto terapéutico será el resultado de la adquisición de nuevas modalidades relacionales.

Desde esta perspectiva, la referencia a un modelo de desarrollo precoz pierde su importancia. Las nociones de pulsionalidad, transferencia, contratransferencia y a veces incluso la de inconsciente, se vuelven secundarias. Lo que cuenta es la posibilidad de construir nuevas «narrativas», esto es, relatos conscientes de su propia historia que ayudan al individuo a vivir mejor su vida. Lo importante no es saber si estos relatos son o no verídicos, si se ajustan o no a la realidad: dadas las falsificaciones de la memoria y la multiplicidad de visiones posibles de un mismo hecho, lo único que cuenta es que sean «completos, coherentes, convincentes y útiles desde el punto de vista adaptativo» (Schefer, citado por Leary, 1989). Se ha dicho que uno de los criterios clásicos de verdad, el de correspondencia (entre una proposición y su referente) es menos importante que el criterio de coherencia (es verdadero lo que es consistente).

En una versión algo modificada de este punto de vista fundamentalmente pragmático, se destaca no solo el valor de las «narrativas» útiles, sino el trabajo de desarrollo del pensamiento. Ferro (2005), basándose en Bion, propone como objetivo último del análisis el desarrollo de la función alfa: se trataría de permitir que el paciente desarrolle la musculatura psíquica necesaria para gestionar las experiencias emocionales del presente. Desde este punto de vista, la construcción se parece unas veces a un juego entre el analista y el paciente, y otras veces a la construcción de un mito.

Un ejemplo clínico de construcción

Cuando el terapeuta conoció a Pierre, a la edad de siete años, este llevaba mucho tiempo acudiendo a un centro de día debido a importantes problemas de conducta y de aprendizaje. Los padres, que lo adoptaron cuando tenía dos semanas, tuvieron grandes dificultades para comprenderlo y cuidarlo, hasta el punto de que los servicios de atención a la infancia tuvieron que intervenir en varias ocasiones. La madre, superada constantemente por este niño, describía con orgullo el método infalible que había descubierto para calmar las violentas crisis de rabia de su hijo. Le bastaba tirarse al suelo y hacerse la muerta para que Pierre se calmara inmediatamente y se lanzara sobre ella para reanimarla. En cuanto al padre, se refugiaba en una actitud de certeza inquebrantable y de severidad.

Al final del segundo año de tratamiento, a razón de tres sesiones por semana, Pierre llega del centro de día fuera de sí, rojo de cólera. Da vueltas por mi despacho como una fiera enjaulada, dando patadas y soltando a

voz en grito una impresionante letanía de insultos dirigidos a un compañero, Martin. De ese repertorio furibundo, del que apenas comprendo la mitad, destaca sobre todo el adjetivo «nulo». Lo primero que pienso es que la impresionante riqueza lingüística de esta letanía muestra que, en este terreno, Pierre no tiene problemas de aprendizaje y que supera ampliamente a su terapeuta, que en ese momento se muestra sorprendida por el carácter desplazado de esta idea humorística excesivamente irónica, y piensa en un viejo refrán que dice «reír para no llorar». Cuando reflexione después de la sesión la entenderá como una defensa maniaco-narcisista inducida por sus sentimientos de impotencia ante lo que había percibido como la demostración de los escasos resultados de dos años de análisis.

La segunda idea de la terapeuta vincula las dificultades de Pierre para pensar y su tendencia a actuar con la pobre capacidad continente que había demostrado la madre. Se queda callada. Al cabo de un rato, Pierre se detiene, la mira, le dedica una ancha sonrisa y dice: «Estás pensando y yo sé en qué piensas. Piensas que si digo que Martin es nulo es para consolarme, para que el nulo sea él y no yo». Luego, tras una breve pausa, añade: «Tú me lo dijiste en cierta ocasión». Luego, más calmado, Pierre cuenta lo que le ha pasado con su compañero y se pone a dibujar.

Entre los diferentes aspectos de esta viñeta clínica hay uno que nos parece esencial: muestra, hablando en términos bionianos, un momento de transformación psíquica, el paso de un funcionamiento basado fundamentalmente en el modo de evacuación mediante la actuación (acto equivalente a una fantasía de identificación proyectiva expulsiva) a un funcionamiento que apela preferentemente al pensamiento. Retomando la descripción de Freud en 1937 a propósito del carácter gradual, por etapas, del trabajo de la construcción, podríamos pensar que las palabras de Pierre —«Tú me lo dijiste en cierta ocasión»— traducen la acción sobre su yo de la antigua construcción propuesta tiempo atrás. Pierre dejó que la interrogación de la terapeuta actuara sobre él y ahora puede hacerla suya: «Si digo que Martin es nulo, lo hago para consolarme, para que el nulo sea él y no yo».

Sería interesante discutir acerca de los mecanismos que supuestamente están implicados en esta transformación. Según el punto de vista teórico que se adopte, se pueden mencionar varios: la integración de una parte antes escindida y proyectada hacia Martin y hacia el analista, el desarrollo de la capacidad alfa por identificación con este último, el efecto antitraumático de las simbolizaciones ofrecidas por la analista, la importancia narcisísticamente tranquilizadora de una «narrativa» más adaptativa...

Nos quedaremos con un único aspecto: el sentido que adquiere el acto de evocar una interpretación-construcción precisa en un momento dado, tanto para el analista como para el paciente. Creemos que en esta sesión Pierre intentaba desprenderse de su lado «nulo» depositándolo en Martin por medio de la palabra, y sobre su terapeuta haciéndole sentir su incapacidad para ayudarlo. Así pues, la reacción maniaca de esta última (escisión y negación de su parte débil fracasada) servía para defenderla del sentimiento de nulidad que surgía en ella. Defensa maniaca cuyo fracaso se traslucía en la necesidad de la terapeuta de optar por una construcción que vinculaba las dificultades de Pierre para pensar con los fracasos de ensueño maternal, y no con los suyos.

El aspecto fundamental que queremos destacar aquí es el siguiente: independientemente de su verdad fantasmática, histórica o material, esta construcción tenía para la terapeuta, en ese momento, un valor defensivo y evacuativo. Verdadera o falsa, le servía para intentar liberarse de sus sentimientos de impotencia proyectándolos hacia los padres, exactamente igual que lo hacía Pierre hacia Martin o hacia la terapeuta. Era como decirse a sí misma: si después de dos años de análisis Pierre sigue reaccionando así, la culpa es de los padres, son ellos los nulos, no yo. Esta construcción —pensada, pero afortunadamente no expresada— equivalía a deshacerse fantasmáticamente de la patata caliente que Pierre, a su vez, le había endosado. En estas circunstancias, proponer a Pierre una de las formulaciones posibles de esta construcción habría tenido, independientemente de su verdad, el valor de una actuación. La terapeuta habría reproducido la tendencia de Pierre a actuar en vez de pensar, a evacuar en vez de contener. Con ello habría obstaculizado el breve momento de integración y de crecimiento psíquico que el niño había podido realizar finalmente.

VI. El proceso psiconalítico y la finalización

Freud no utilizó la noción de proceso de manera explícita. En el diccionario de Laplanche y Pontalis (1968) no hay entrada para este término; no obstante, es muy utilizado en el psicoanálisis actual. Greenson se refiere a esta noción con la expresión proceso terapéutico, y así lo hacen también muchos otros autores como Meltzer (1967), que describe sus diferentes etapas.

Etchegoyen (1986) desarrolla de manera extensa este concepto. En su definición más genérica, «un proceso es la variación del estado de un sistema o configuración en función del tiempo» (Klimowsky, 1982). En el análisis, el sistema que evoluciona es la relación entre el analista y el paciente. Recordemos que la situación analítica es el espacio fuera del tiempo donde se establece por contrato esta relación analítica.

El proceso es, por tanto, el resultado de cambios progresivos, sobre todo de la transferencia y de la contratransferencia, pero también de la personalidad del analizado (y, añadimos nosotros, también del analista). Uno de los aspectos más interesantes de este concepto es que ha permitido precisar la comprensión de los factores que determinan esos cambios y la evolución del análisis.

En primer lugar veremos las teorías explicativas de la evolución del proceso y luego la finalización del análisis.

Teorías explicativas de la evolución del proceso

En las teorías explicativas de la evolución de la cura encontramos las tres corrientes que hemos diferenciado esquemáticamente en función de sus modelos de desarrollo precoz. Pueden resumirse del siguiente modo.

1. Corriente A. Freud (psicología del yo): teoría de la regresión formal

Según esa corriente, siguiendo a S. Freud, el efecto *setting* conduce a una regresión formal que actúa más en los procesos primarios de acuerdo con el principio de placer. Esta regresión, gracias a la asociación libre, permite que se establezca la neurosis de transferencia cuya interpretación, empezando por las resistencias, conducirá al cambio. Como hemos visto, esta teoría la admiten todos los analistas en lo que concierne a las organizaciones neuróticas, pero no explica realmente las organizaciones preneuróticas de la personalidad.

2. Corriente Winnicott–Bettelheim–Kohut: teoría de la regresión curativa

Para Winnicott, el *setting* concebido como «holding» reproduce las funciones maternas y conduce a una regresión temporal, a la fase de narcisismo primario (fusional). En determinados períodos, el analista renunciará a la interpretación para privilegiar la escucha y las «maniobras terapéuticas» que aportan un «crecimiento verdadero» que sustituirá el falso *self* (falsa identidad). Para los autores posteriores a Winnicott, partidarios de una teoría etiológica traumática más o menos generalizada, la experiencia regresiva incluye una reviviscencia del trauma en el *setting* que permite una elaboración postraumática.

3. Corriente Klein–Isaacs–Bion: una transferencia precoz

El *setting*, entendido como «continente» y una regresión (dependiente de la estructura patológica), permite establecer una transferencia precoz. El paciente repetirá con el terapeuta la relación conflictiva con el objeto primitivo, así como la manera en que había hecho frente a las frustraciones y angustias de separación y persecución, instrumentalizando sus defensas con consecuencias sintomáticas y del carácter. La interpretación «mutativa» de esa transferencia permitirá vivirlas de otro modo y provocará un cambio de la organización de la personalidad gracias al abandono de las defensas responsables de la estructura patológica. De este modo, el pasado podría ser «reconsiderado» (Manzano, 1989 y 2011) de una forma más auténtica.

La finalización del análisis

Durante mucho tiempo, Freud creyó que el análisis finalizaba cuando se producía una mejoría suficiente de los síntomas, situación que se resume en su célebre frase: «cuando el paciente puede trabajar y satisfacer sus deseos, especialmente los sexuales». Hacia el final de su vida, creemos que al enfrentarse a las organizaciones preneuróticas, Freud constata los límites de su modelo teórico «neurótico» frente a esas patologías, cosa que le lleva a un cierto pesimismo en sus reflexiones de 1937 *El análisis terminable e interminable* (S. Freud, 1937).

Las corrientes posfreudianas pueden resumirse así:

- Para la corriente A. Freud (psicología del yo), el análisis puede acabar cuando se constata el desarrollo de las funciones del yo obstaculizadas por las defensas.
- Para la corriente Ferenczi–Winnicott–Kohut, el criterio para finalizar un análisis lo marca el analista cuando constata que el paciente ha podido vivir en la relación terapéutica lo que no pudo vivir en su infancia por las deficiencias del entorno. Puede abandonar su «falso *self*» y desarrollar su «verdadero *self*» (Winnicott, 1960) y alcanzar así el «estadio de concernimiento» (la posición depresiva de M. Klein). Para otros autores sería el acceso a la triangulación edípica y su resolución.
- Para la corriente kleiniana y poskleiniana, se contempla el final cuando el análisis de las fantasías inconscientes de la transferencia precoz permite

alcanzar la posición depresiva. Kernberg (1999) habla de consecución de una integración suficiente de la personalidad. En nuestra opinión, en el contexto de esta corriente y de nuestra concepción de la escisión del yo y de la doble transferencia «narcisista y objetal», la finalización se producirá cuando el análisis de las fantasías narcisistas y objetales conduzca a una mayor integración de la personalidad, y la parte narcisista (yo ideal) se convierta en el ideal del yo.

Desde el punto de vista técnico, la mayoría de los autores coincidiría en el valor significativo de un posible final a partir de manifestaciones clínicas de una disminución de la transferencia al analista, que se convierte cada vez más en una persona real (Menniger, 1958). Hay también un acuerdo mayoritario para considerar que la fase final del análisis implica una regresión en la transferencia y un trabajo de duelo. Por esta razón, Etchegoyen (1986) aconseja seguir ciertas reglas: analizar simultáneamente las resistencias a afrontar la separación y la pérdida, así como los deseos de autonomización del paciente. Teniendo en cuenta su experiencia, Etchegoyen juzga importante que, cuando se acuerda finalizar el análisis, se fije una fecha, en un plazo de unos seis meses. Por último, prácticamente todos los analistas comparten la opinión de que el psicoanálisis, más exactamente «el autoanálisis» continúa con provecho después de la finalización.¹

¹ Cabe citar a este respecto que las investigaciones catamnésicas de Bohleber (Leuzinger-Bohleber, Stuhurst, Rüger y Beutel, 2003) muestran que el psicoanálisis, comparado con otras técnicas psicoterapéuticas, es el único que permite continuar el proceso de progresión psíquica tras la finalización del tratamiento.

SEGUNDA PARTE

LA APLICACIÓN A LA PSICOTERAPIA DE LOS CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA

La psicoterapia psicoanalítica. Introducción

La psicoterapia psicoanalítica, íntimamente vinculada al psicoanálisis del que deriva, sitúa en primer lugar el problema de su propia identidad y, respecto al tema que nos ocupa, de las características técnicas que la diferencian de la técnica psicoanalítica. Son precisamente esas raíces comunes las que dificultan el establecimiento de una distinción nítida entre ambas técnicas, como demuestra la reciente confrontación en el *International Journal of Psychoanalysis* presidido por Blass (2010) entre Kächele (2010), representante de la investigación empírica en ambas disciplinas, Busch (2010), que se encuadra en la Psicología del Yo, y Widlocher (2008 y 2010), representante de la escuela francesa.

En la confrontación para diferenciar el psicoanálisis de la psicoterapia, Busch (2010) parece compartir implícitamente la noción de «neutralidad técnica», aunque enfatiza la importancia de la empatía, así como la consideración de las importantes resistencias que le hacen mantener ciertas reservas frente a las interpretaciones profundas. Busch defiende las interpretaciones progresivas y cercanas del preconscious para eliminar las resistencias.

Widlocher (2008 y 2010) cita los distintos puntos de vista de la francofonía. Por ejemplo, Frisch subraya la idea de Freud de que no hay oposición entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, sino una adaptación de la técnica a las patologías específicas y, en consecuencia, siguiendo diferentes procesos. Otros, como Aisenstein, mantienen una postura más radical: todo lo que hace un psicoanalista es psicoanalítico y la psicoterapia psicoanalítica no existe.

Widlocher (2010) insiste mucho en las diferencias entre «la escucha analítica deconstructiva», que busca el mero descubrimiento del inconsciente y «la escucha psicoterapéutica», que apunta al sufrimiento físico. La escucha analítica permite «reconstrucciones» de los conflictos y recuerdos traumáticos del pasado. Esta escucha desarrolla modalidades de «co-pensamiento» que el analizante interioriza y, en los mejores casos, el proceso de elaboración puede continuar. En la psicoterapia psicoanalítica, en cambio, las interpretaciones a menudo tratan de los síntomas y de los elementos de la realidad.

Uno de los artículos más precisos y sistemáticos sobre el tema es el de O. Kernberg (1999), al que se refieren los autores de la confrontación y que seguiremos a grandes líneas. Kernberg pretende hallar los elementos comunes entre las principales corrientes

psicoanalíticas: Psicología del Yo, Kleiniana, Independientes Británicos y la escuela francesa. A saber:

- foco central en el análisis de la transferencia (sin olvidar el análisis del carácter);
- focalización de los elementos inconscientes en «el aquí y ahora»;
- atención especial a la «contratransferencia»;
- experiencias emocionales a la hora de precisar los significados inconscientes.

No incluye la nueva tendencia psicoanalítica intersubjetiva e interpersonal difundida sobre todo en Estados Unidos, heredera de las corrientes culturalistas (E. Fromm) e interaccionales (Sullivan), que se centra en la relación paciente-analista para promover la integración de nuevas experiencias afectivas interpersonales que son la base del desarrollo emocional.

Kernberg destaca, de entrada, que es más fácil establecer la distinción entre psicoanálisis y psicoterapia para la Psicología del Yo y la escuela de Klein y neokleiniana que para los Independientes Británicos y la escuela francesa, más reticentes a reconocer elementos técnicos específicos del psicoanálisis.

Un autor como Kächele (2010), basándose sobre todo en los resultados similares sobre la eficacia de los tratamientos psicoanalíticos y psicoterapéuticos, sostiene que es difícil diferenciarlos. A ello añade el problema de hallar elementos técnicos relativamente homogéneos entre las distintas corrientes psicoanalíticas antes citadas, a las que añade la lacaniana, la de Kohut, etc.

Aunque siempre puede argumentarse que hay un *continuum* en el abanico de intervenciones técnicas psicoanalíticas y psicoterapéuticas (Wallerstein, 1989), nosotros nos adherimos al esfuerzo de Kernberg (1999) por intentar diferenciarlas. Para ello es importante precisar, en primer lugar, los objetivos de esas dos técnicas. El objetivo esencial del psicoanálisis es la integración por el yo de los aspectos conflictivos rechazados o escindidos, lo que implica cambios estructurales importantes. Para la psicoterapia psicoanalítica, la reorganización estructural es parcial teniendo en cuenta la búsqueda de cambios sintomáticos. Evidentemente, la evaluación de los cambios estructurales a veces resulta difícil, dadas las enormes diferencias que existen al principio entre los pacientes.

Destacaremos como una dimensión esencial la evaluación de la organización estructural de la personalidad del sujeto a la hora de formular la indicación de las distintas formas de enfoque psicoterapéutico, que van de la psicoterapia psicoanalítica hasta las «consultas terapéuticas». Somos conscientes de las limitaciones que entraña semejante evaluación, y la principal es que todo individuo oscila entre dos modos de organización: *la más regresiva*, cuando está enfrentado a circunstancias o presiones desfavorables, incluso traumáticas en los casos extremos; o *la más favorable*, cuando estos elementos negativos se atenúan, e incluso desaparecen, casi siempre como resultado de

intervenciones psicoterapéuticas o, a veces, por modificaciones espontáneas del entorno patógeno.

Siguiendo a Kernberg (1999), creemos que el elemento esencial de la técnica psicoanalítica es la «neutralidad técnica», puesta de relieve por muchos otros (Gill, 1982), que permite el análisis sistemático de los elementos inconscientes conflictivos tal como se presentan en la relación transferencial, por medio de la libre asociación. Desde nuestro punto de vista, una frecuencia en el diván de cuatro o al menos tres sesiones por semana, permite mantener con más facilidad esta neutralidad técnica, aunque para Kernberg no sea un elemento esencial, ya que para ciertos trastornos de personalidad aconseja psicoterapias de dos a cuatro sesiones por semana.

En cambio, si bien la psicoterapia psicoanalítica se sirve del análisis de la transferencia y en determinados momentos no se diferencia de la técnica analítica, utiliza más clarificaciones y confrontaciones para interpretar el «allí y entonces» y no solo «el aquí y ahora» en la transferencia, aunque también en el pasado y en las relaciones y conflictos actuales, sobre todo en el caso de pacientes con problemas de carácter. De este modo se focalizan y se delimitan los conflictos estructurales centrales. Por supuesto, como señala Kernberg, con frecuencia se abandona la neutralidad en los casos de trastornos graves de la personalidad frente a las amenazas de suicidio o de *actings* peligrosos. Eso significa que la psicoterapia psicoanalítica ha de recurrir muchas veces a una posición cara a cara para descubrir la comunicación no verbal dominante en esos trastornos de la personalidad.

En resumen, los principios técnicos del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica, a grandes rasgos, son idénticos. No obstante, la psicoterapia psicoanalítica utiliza con la interpretación intervenciones de clarificación y de confrontación que tienen como objetivo ciertos síntomas, lo que conduce a procesos diferentes.

La psicoterapia psicoanalítica ha de diferenciarse de la psicoterapia de apoyo que, como dice Kernberg (1999), utiliza sobre todo la clarificación y la confrontación, pero no la interpretación. Se sirve del apoyo emocional para reforzar el equilibrio entre pulsiones y defensas, proporcionando al paciente informaciones cognitivas y consejos, así como apoyo emocional tranquilizador y estimulante. La transferencia no se interpreta en esas psicoterapias de apoyo, sino que se toma en consideración para reforzar los aspectos positivos y corregir con esa actitud de apoyo las derivas de la transferencia conflictiva. La situación siempre es cara a cara, con una frecuencia que varía entre una sesión por semana o por quincena, aunque esos plazos pueden reducirse según las necesidades del paciente.

Presentaremos a continuación, en cada uno de los capítulos siguientes, los conceptos fundamentales de la técnica psicoanalítica en su aplicación a la psicoterapia, con sus diferencias y puntos en común. Cada capítulo va acompañado de viñetas clínicas que ilustran la evolución de dos tratamientos, de un niño y de un adulto, desde el establecimiento del marco hasta el final del proceso.

¹ En 2016 publicó una obra de la que también es el editor, con colaboraciones de distintas corrientes de los países francófonos.

I. El marco en la psicoterapia psicoanalítica

Las principales diferencias formales del marco psicoterapéutico son la posición cara a cara y el número de sesiones: de tres a cinco sesiones semanales, generalmente en el análisis, dos sesiones semanales en la psicoterapia analítica o incluso una sesión semanal en las psicoterapias «focales». Ahora bien, esos elementos formales no son los únicos pertinentes para establecer diferencias o semejanzas entre la psicoterapia y el psicoanálisis; también hay que tener en cuenta «la actitud» del terapeuta en el grado de neutralidad (Kernberg, 1999), «de empatía» (Busch, 2010) o de «búsqueda de compensamiento» (Widlocher, 2010).

Otra hipótesis original sobre la función del *setting* es la de Anzieu (1986), quien postula que el marco implica elementos que forman parte del aparato psíquico, en especial las funciones de paraexcitación y de representación. Desde esta perspectiva, en el caso de pacientes con un funcionamiento neurótico la situación concebida por Freud para el psicoanálisis es en sí misma terapéutica: con la «regla fundamental» (que recomienda la libre asociación), por un lado, y con la «regla de la abstinencia» (de las descargas directas de las pulsiones), por otro. Estas dos reglas delimitan un marco que induce al paciente a utilizar modos de expresión mentalizados o representaciones preconscientes. Esas representaciones sirven para unir las cargas pulsionales rechazadas, a las que el *setting* ofrece la posibilidad de expresarse, de modo que es el *setting* el que promueve la nueva producción de representaciones y, por lo tanto, de transformaciones psíquicas, sobre todo en el equilibrio de los afectos. Algunos afectos son aliviados por los modos de representación y de figuración de los objetos, que se convierten progresivamente en recuerdos del pasado conflictivo. Esos cambios terapéuticos se producirían, según este enfoque, sin la intervención específica del psicoterapeuta.

Señalemos también que W. y M. Barengr (1969) destacan que dentro del marco psicoterapéutico surgirán diversas manifestaciones pulsionales y fantasías transferenciales defensivas, que se organizarán en función de la estructura de la personalidad del paciente. No obstante, esta organización fantasmática, así como sus posibilidades de elaboración en la relación psicoterapéutica, también dependerán de la capacidad de comprensión del terapeuta. Este contribuye a la organización del «campo analítico» y a las fantasías transferenciales, de modo que la experiencia y la «actitud» del psicoterapeuta frente a los contenidos psíquicos del paciente forman parte del *setting* terapéutico.

Recientemente, y tal vez vinculado a la dificultad de encontrar pacientes dispuestos a comprometerse a un número elevado de sesiones, se ha desarrollado una tendencia, sobre todo en algunos autores francófonos, a confundir los límites entre psicoanálisis y psicoterapia. Se prefiere hablar de «trabajo psicoanalítico»: todo lo que hace un psicoanalista a partir de una escucha psicoanalítica puede considerarse psicoanálisis, independientemente del número de sesiones o de la posición tendida o cara a cara. Lo importante es el proceso, que depende básicamente del marco interno, de la escucha específica del analista.

Nosotros creemos que hay diferencias en función del marco. Lo que puede surgir en el interior del *setting* psicoterapéutico también está determinado por el número de sesiones semanales, el reparto de estas a lo largo de la semana, la posición del paciente (sentado cara a cara o tendido en el diván), etc. En nuestra opinión, esas constantes distintas del *setting* contribuirán a decidir lo que puede ser transferido. Por ejemplo, la elaboración de las angustias de separación será muy diferente en un análisis de cinco sesiones semanales, en las que la separación aparece todos los fines de semana, que en una psicoterapia de una o dos sesiones por semana, en que las rupturas se atenúan más y solo aparecen en el momento de las vacaciones o por interrupciones fortuitas. En otras palabras, el *setting* analítico permite la aparición de fantasías y angustias en la escena transferencial que el *setting* psicoterapéutico y la posición sentada tendería a enmascarar.

Por consiguiente, es preciso que el marco psicoterapéutico propuesto sea capaz de calmar de manera suficiente las angustias del paciente y permita la organización de fantasías narcisistas «mudas», para que las angustias se vuelvan muy aparentes en el momento en que el marco se torna discontinuo por interrupciones, vacaciones, etc. Eso significa que el marco no puede ser propuesto sin tener en cuenta la estructura de la personalidad del paciente. Si el paciente presenta una organización de personalidad neurótica, el yo podrá transformar las angustias de pérdida en sentimientos de exclusión articulándose en torno a las fantasías de un tercer rival que aporta los conflictos edípicos a la escena psicoterapéutica. Es obvio que en un marco de una vez por semana solo acudirán a la escena terapéutica los conflictos estructurales más importantes, que hay que elaborar a la par que el duelo de la finalización ya fijada desde la primera interrupción por las vacaciones. Evidentemente, si en el momento de la finalización observamos regresiones importantes, incluso verdaderas reacciones terapéuticas negativas, debemos reconsiderar la indicación de ese *setting* de psicoterapia breve «focal».

En cuanto a los pacientes *borderline*, es preferible un marco de tres sesiones semanales para facilitar la elaboración de sus angustias depresivas «catastróficas», que rápidamente recurren a defensas regresivas de tipo esquizoparanoide y que se traducen en «pasos al acto» a menudo autoagresivos, que ponen en peligro la continuación de la psicoterapia. El enfoque de Kernberg (Kernberg, Yeomaris, Clarkin y Levy, 2008) y Clarkin (Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg, 2007), con un marco ampliado que incluye la obligación de hablar de las tendencias suicidas, autoagresivas y automutilantes, permitirá la elaboración transferencial de las relaciones objetales y aspectos de sí mismo conflictivos y repetitivos.

En el niño, la interacción lúdica también puede constituir un freno a la aparición de las fantasías y angustias transferenciales, dado que los intercambios con el psicoterapeuta, con los juguetes o los dibujos, se parecen a los de la situación familiar o escolar. También en este caso la escucha y la actitud interpretativa del terapeuta marcará la diferencia.

El marco es más variable aún en las psicoterapias de inspiración psicoanalítica no individuales, como por ejemplo las terapias breves padres-hijos (consultas terapéuticas) (Manzano, Palacio, Espasa y Zilkha, 1999), las psicoterapias «bifocales» para adolescentes (Jeammet, 2005) o las psicoterapias conjuntas padres-hijos (Golse, 2010).

Ilustración clínica

Ricardo

Los padres de este niño de 8 años y medio acuden a la consulta porque desde hace más de un año su hijo llora amargamente ante la menor imposición, se muestra triste a menudo, dice que quiere morir o que sus padres deberían estrangularlo y matarlo. «Así me reuniría con el abuelo Arturo, al que echo mucho de menos». Tiene un hermanito dos años menor que le pega o lo maltrata, y él no hace más que quejarse llorando a sus padres, diciendo que quieren más a su hermanito que a él y que preferiría morir. Además amenaza con tirarse por la ventana. En la escuela va bien porque es muy exigente consigo mismo, pero también se deja maltratar por sus compañeros. Sufre trastornos alimentarios y de sueño: le cuesta dormirse y tiene pesadillas.

Por razones diferentes, los dos padres tienen tendencia a ser hipersolicitados e hipertolerantes con sus dos hijos. El padre sufrió a causa de unos padres extremadamente severos y la madre a causa de unos padres muy ausentes. Hace un año acudieron a la consulta de un psiquiatra infantil con el que tuvieron varias entrevistas. Ricardo estuvo menos triste y no quiso continuar. Luego volvió a manifestar tristeza e intenciones suicidas que preocuparon mucho a sus padres.

Decidimos empezar con una psicoterapia breve padres-hijo durante cuatro sesiones; el padre solo participa en las dos primeras debido a compromisos profesionales.

En las dos primeras sesiones, Ricardo se muestra tiránico con sus padres, tanto con el padre como con la madre, pero de una forma quejosa y no exigente o caprichosa, como su hermano pequeño. Es sorprendente constatar cómo Ricardo se deja manejar por su hermanito sin enfadarse, aunque él es mucho mayor. Teniendo en cuenta la conflictividad parental depresivo-masoquista leve de los padres, le señalo al padre su temor de ser demasiado duro y a la madre el de ser demasiado negligente, cosa que hace que les cueste mucho poner límites a sus hijos.

En el material aparecerá que el padre del padre era muy exigente y a veces violento cuando él y su hermana eran pequeños, y que la madre también era muy severa. Al parecer, esto ha contribuido a esa actitud extremadamente indulgente con sus dos hijos. El conflicto de parentalidad depresivo-masoquista del padre se refuerza en espejo por una conflictividad parental parecida y coincidente en la madre, cuyos padres se divorciaron cuando era pequeña y cada uno por su lado organizó su propia vida, dejando a su hija en manos de niñeras y, más tarde, en internados.

La reacción de los dos niños es muy diferente. El pequeño se muestra tiránico y caprichoso; en cambio, Ricardo ha sido bueno y razonable, incluso resignado y triste durante los dos últimos años.

Los padres entendieron enseguida con nuestra ayuda que su tolerancia excesiva y sus dificultades para poner límites a sus hijos estaban relacionadas con el temor de que sus hijos les hicieran los graves reproches que ellos habían hecho a sus padres. Comprendieron rápidamente que estaban reforzando las dificultades de Ricardo para manifestar sus celos, incluso las expresiones de afirmación de sí mismo, que desviaba hacia su persona con sus apelaciones al suicidio. Consiguieron mostrarse más firmes en los temas importantes, y con ello ayudaron a Ricardo y frenaron a la vez la tiranía del hermano pequeño, de manera que el ambiente familiar se distendió mucho.

Psicoterapia individual del niño

Después de la consulta terapéutica padres-hijos, empezamos un tratamiento individual con Ricardo.

Cuando lo veo a solas se muestra «demasiado serio» y cohibido. Reconoce que está triste y que les dice a sus padres que «le gustaría morir»..., «que quiere suicidarse», pero que «no piensa demasiado en saltar por la

ventana», que le dice a su padre que lo estrangule. Acepta hablar; pero responde lacónicamente a mis preguntas. Dice que en la escuela «va bastante bien», pero añade que se deja maltratar por los otros niños. Ricardo no tiene ganas de jugar ni de dibujar; y lo que destaca en la entrevista es su inhibición y el laconismo de sus respuestas concisas.

No obstante, cuando le pregunto por su sueño y sus sueños, dice que tiene muchas pesadillas: «A menudo sueño que un ladrón me secuestra. Grito pero mis padres no acuden. Quiere que robe por él y hago que me encierren en la cárcel». «También que resbalo y un autobús no me ve y pasa por encima de mi pierna. ¡Ay! ¡Por suerte, me despierto!». «Cuando era pequeño, soñaba con brujos que me cogían y me transformaban en un brujo muy malo». Cuando le pregunto por sueños buenos dice que sueña con Harry Potter; ya que «adoro la magia, aunque después me da un poco de miedo».

Le digo que tiene miedo de enfadarse con sus padres o con su hermano. Tiene la impresión de ser muy malo cuando se enfada, ya que percibe la cólera como algo mágico y siente que es muy peligroso para ellos. Por eso dice que quiere morir o matarse. Me mira sorprendido y acepta de buen grado que volvamos a vernos. Cuando llega su madre corre hacia ella diciendo: «¡Sabes, mamá! ¡Casi hemos averiguado la causa de mi problema!».

Ricardo parece presentar una depresión clínica, y las repetidas ideas de suicidio, raras en un niño, preocupaban mucho a sus padres. Durante las primeras sesiones yo también estuve preocupado dada la tristeza del niño, su inhibición y la actitud quejosa muy pasiva hacia los padres. No obstante, cuando estaba a solas conmigo constaté que el rechazo responsable de su inhibición no era masivo, sino que dejaba algunas salidas a su vida pulsional cuando estaba en un ambiente de confianza. En estas circunstancias, tanto sus fantasías libidinosas como las agresivas se manifestaban simbólicamente en sus sueños y pesadillas. Se trata, por tanto, de un rechazo más «poroso», «paraneurótico» y no de una estructura «paradepresiva inhibida», con mecanismos de defensa más regresivos de tipo melancoliformes, respecto a los cuales Freud habla de «restricciones» o «dislocaciones» del yo [...]. Su actitud quejosa parece más masoquista-teatral, como también es teatral la defensa hipomaniaca que manifiesta al correr alegremente hacia su madre diciéndole «casi hemos encontrado...», cosa que al mismo tiempo pone de manifiesto la problemática edípica: la pesadilla de que el autobús le aplaste la pierna muestra con gran crueldad la angustia de castración. Esto pone de relieve la importancia de hacer una evaluación (al principio hipotética) del tipo de funcionamiento psíquico y de no limitarse a un diagnóstico sintomático, evaluación que hay que rehacer teniendo en cuenta la evolución en el proceso de las intervenciones del psicoterapeuta. Se podrá constatar así si las intervenciones atenúan los mecanismos de defensa y los hacen más flexibles, facilitando la expresión psíquica y mentalizada, o si, por el contrario, los vuelven más rígidos y regresivos reforzando las inhibiciones, incluso las defensas más arcaicas que se manifiestan en «actuaciones» o somatizaciones.

En las psicoterapias breves individuales «focales» o «focalizadas», el marco suele ser de una sesión por semana durante un período de entre seis meses y un año, y una finalización fijada de antemano. Ese *setting* solo está indicado en el caso de que el sujeto presente una organización de personalidad predominantemente neurótica o, a lo sumo, un trastorno de personalidad no demasiado severo.

En efecto, si en las vivencias de pérdida de objeto del paciente predominan las fantasías de muerte o de pérdida definitiva de los objetos de la catexis libidinal, la frecuencia de una sesión por semana y la finalización ya fijada puede suscitar en él momentos de angustia depresiva demasiado intensos. El yo del sujeto debe recurrir entonces a mecanismos de defensa radicales de tipo maniaco-narcisistas o melancoliformes, que dan lugar a *actings out* o *in* difíciles de elaborar en ese *setting*. En esos casos, es preferible un marco de dos sesiones por semana, con una actitud psicoterapéutica empática pero no demasiado activa, para permitir las libres asociaciones del adulto o del adolescente; en el caso del niño, los juegos, dibujos y relatos

espontáneos, etc., para que los conflictos estructurales centrales pasen a la relación transferencial y sean elaborados (véase el caso de Ricardo).

En cambio, si el paciente presenta una organización de personalidad neurótica, el yo podrá transformar las angustias de pérdida (impuestas por el marco) en sentimientos de exclusión que se articulan en torno a las fantasías de un tercer rival que aporta los conflictos edípicos a la escena psicoterapéutica. Es obvio que en un marco de una vez por semana solo acudirán a la escena terapéutica los conflictos estructurales más importantes, que hay que elaborar a la par que el duelo de la finalización ya fijada desde la primera interrupción por vacaciones. Evidentemente, si en el momento de la finalización observamos regresiones importantes, incluso verdaderas reacciones terapéuticas negativas, debemos reconsiderar la indicación de ese *setting* de psicoterapia breve «focal».

Otto

Joven de origen alemán de 29 años que acude a la consulta porque su familia conoce a unos psicoanalistas en España que me han recomendado. En la adolescencia ya realizó un análisis en España a razón de tres sesiones por semana debido a dificultades en la escuela que logró superar. Se licenció en economía y desde entonces viaja por toda la Europa mediterránea, Francia, Italia y Portugal, y solo regresa a España de vez en cuando para ver a su familia.

Acude a mi consulta porque su trabajo en una gran empresa de importación-exportación le obliga a viajar continuamente y permanece muy poco tiempo en una misma ciudad. Por este motivo, tiene muy pocos amigos y le resulta difícil mantener una relación sentimental que le permita formar una pareja y fundar una familia. Ha cambiado muchas veces de compañera y se pregunta si no está evitando de forma activa comprometerse y tener una vida de pareja. Actualmente está en un proceso de ruptura con la persona a cuya casa acaba de mudarse porque ha conocido a otra en uno de sus viajes. Dice que me ha elegido como psicoanalista porque ha leído en internet que he tratado a niños muy pequeños, que escribo sobre las psicoterapias breves y porque se va a quedar una o dos semanas en Ginebra. Cree que aceptaré verlo de vez en cuando. En cuanto a su vida, explica que nació tardíamente cuando ya sus padres creían que no tendrían hijos porque habían sobrepasado la cuarentena; cuatro años más tarde nació su hermana sin problemas. Su madre es una abogada de prestigio y su padre no es universitario, sino que fue un empresario muy rico hasta que quebró cuando él era adolescente y, a consecuencia de este hecho, su estatus social quedó considerablemente rebajado. Más tarde, se trasladaron a España y tuvo que aprender una nueva lengua. Su hermana todavía vive con sus padres.

También destaca que, de recién nacido, tuvo una grave enfermedad cuya naturaleza exacta desconoce y estuvo a punto de morir (cree que fue una septicemia). No obstante, y desmintiendo la opinión de los médicos, sobrevivió tras haber pasado varias semanas en el hospital. Cree que fue gracias a su capacidad de lucha, que todavía conserva y que ha desarrollado en los múltiples trabajos ejercidos antes de llegar a ocupar el puesto de responsabilidad actual. Sin embargo, él cree que no vale nada y que lo que ha obtenido se lo debe a la suerte y no a sus méritos, aunque sus colegas elogian su competencia. Por esta razón quiere reanudar el análisis sabiendo que no podrá hacerlo de manera regular. Tiene pesadillas que se repiten: caer con el coche por un precipicio o estrellarse viajando en avión, excepto la noche anterior a nuestra primera entrevista, en que el avión se estrelló pero él pudo salir y salvar a un perro y a una niña. Tras una pausa, empieza a asociar: «Tal vez el hecho de venir aquí sea una salida». Nueva pausa y asocia con el problema de pareja entre sus padres.

Después de un corto viaje, habla de nuevo de la situación de impasse con sus dos compañeras y dice que ha tenido dos sueños horribles. En el primero, en un campo de trigo había pequeños felinos que se comían entre sí y el que era comido se convertía en una piel, al comedor le ocurría lo mismo cuando se dejaba comer por otro y así sucesivamente. En el segundo sueño, había fuegos artificiales que salían de una gran caja encendida por el alcalde del pueblo. Los cohetes salían disparados y quedaban adheridos en la caja los esqueletos metálicos. «Mi padre y yo queríamos despegarlos, pero el alcalde nos lo prohibía, ya que, una vez

liberados, cobraban vida de nuevo y eran peligrosos». Él mismo asocia que se siente como muerto cuando se ve ligado a una mujer, y vivo cuando es libre. No obstante, se sintió muy culpable cuando le dijo a su compañera, el día antes de los sueños, que su relación había acabado. «Me sentí como el felino que se come al otro y lo deja como una piel. Yo también hago lo mismo conmigo». No hago más que asentir.

Una indicación de psicoterapia breve (consulta terapéutica)

La posibilidad de hacer un seguimiento esporádico con consultas terapéuticas parecía difícil. Las pesadillas repetidas de caer en un precipicio con el coche o estrellarse con el avión atestiguaban la existencia de una angustia importante. Angustia persecutoria acompañada de una angustia depresiva muy intensa con fantasías de devoración y de muerte —muertos vivientes— que surgieron en sus sueños tras su declaración de ruptura, que le hizo llorar junto con su compañera. No obstante, la noche antes de nuestra primera entrevista, en la pesadilla del avión, conseguía salir y salvar a un perro y a una niña (que asocia a su hermana). Esto es un indicio de alianza terapéutica que declara cuando dice: «Tal vez el hecho de venir aquí sea una salida», debido a una «pretransferencia positiva». De hecho, nuestra experiencia en psicoanálisis y psicoterapia del niño y del adolescente nos enseña que estos tratamientos facilitan enormemente las psicoterapias posteriores. Los niños o los jóvenes tienen tendencia a confiar rápidamente en el nuevo terapeuta, facilitando una alianza y un comienzo del proceso psicoterapéutico (Palacio Espasa, 2003). En este caso, ser capaz de representar —en sus sueños— las fantasías de muerte de los objetos de catexis libidinal implica una buena capacidad de elaboración de esta conflictividad depresiva. Esto nos permite pensar que esta capacidad simbólica es una adquisición de su análisis anterior, que le abre el acceso a la conciencia de las fantasías primitivas.

II. La transferencia y la contratransferencia en la psicoterapia psicoanalítica

Hay cierto consenso a la hora de considerar que la psicoterapia difiere de la cura psicoanalítica en la mayor presencia del terapeuta como persona real y presente y, por lo tanto, en la existencia de una «alianza terapéutica» más explícita (Braconnier, 2002); el terapeuta es más activo, ofrece más apoyo y es menos neutro. Esto se manifiesta en el uso más frecuente de «confrontaciones» y de «clarificaciones» (Kernberg, 1999) para mostrar más signos de empatía (Busch, 2010) (Kächele, 2010), «más activos» (Diatkine G., 2012) en la búsqueda de una «deconstrucción» que permita la aparición de un «co-pensamiento» (Wildlocher, 2010).

Sin embargo, como ha mostrado Braconnier (2002), esas características de la psicoterapia no representan una diferencia esencial con el análisis. En nuestra opinión, el análisis de la transferencia y de la contratransferencia también es fundamental en la psicoterapia, aunque es más difícil evidenciarlo debido al *setting* y al menor número de sesiones. Creemos que la calidad de la relación es esencial para la comprensión de los conflictos centrales de la organización psíquica del paciente. Esos conflictos inconscientes tenderán a repetirse en la relación transferencial facilitando con ello su elaboración y transformación.

Como en el psicoanálisis en general, también la psicoterapia psicoanalítica utiliza mucho las informaciones contratransferenciales, sobre todo para descubrir y hacer pensables los aspectos «actuados» y mentalizados muy rudimentariamente de las fantasías arcaicas, que se expresan mediante modalidades de relaciones de objeto arcaicas.

En nuestra opinión, las fantasías transferenciales tienden a manifestarse en la relación con el terapeuta de forma más «actuada» (Palacio Espasa, 1993 y 2003). Teniendo en cuenta el origen infantil narcisista omnipotente de esas fantasías, su tendencia es buscar la satisfacción y la descarga, a diferencia de la parte adulta u objetal de la personalidad, susceptible de compartir con el psicoterapeuta el reconocimiento de la realidad.

El componente «actuado», casi siempre «microactuado», de las fantasías transferenciales tiende a influir en el estado de ánimo del psicoterapeuta contribuyendo a la creación de «reacciones» contratransferenciales.

Las «actuaciones» transferenciales por parte del paciente y las «reacciones» contratransferenciales del psicoterapeuta son diferentes según el tipo de funcionamiento psíquico dominante en el sujeto. Cuando predomina un funcionamiento regresivo, sobre todo en un sujeto *borderline* o psicótico, la expresión «actuada» de las fantasías transferenciales adoptará la forma de auténticos *actings in* o *actings out* y las «reacciones» contratransferenciales la de «pasos al acto» por parte del psicoterapeuta («contraidentificaciones proyectivas» de Grinberg [1962]). En cambio, cuando prevalece el funcionamiento neurótico, las fantasías transferenciales tienden a manifestarse de forma «microactuada», con ligeras modificaciones de «la actitud relacional», como destaca Freud (*Introducción al narcisismo*, 1914), en forma de retrasos o adelantos a la hora de la sesión, lapsus de conducta o verbales, etc. Por consiguiente, las «reacciones» conductuales del psicoterapeuta se limitan a emociones que se perciben inmotivadas y, a menudo, a fantasías, imaginaciones o ideas que el psicoterapeuta podría considerar que le pertenecen (Scariati), cuando en realidad debería preguntarse por las relaciones con las fantasías transferenciales y los conflictos psíquicos de su paciente.

A este respecto, es esencial precisar la diferencia entre nuestra visión de la acción psicoterapéutica y la de la escuela *intersubjetivista*, como por ejemplo Stern (1995), que considera que el trabajo esencial es la co-construcción o co-creación de una relación; «estar con» (*been with*) y, por tanto, dar un sentido psíquico compartido. En nuestra opinión, si la calidad de la relación es esencial para la comprensión de los conflictos centrales en la organización psíquica del sujeto, esos conflictos inconscientes tenderán a repetirse en la relación transferencial. El hecho de revivirlos en la interacción con el psicoterapeuta facilitará mucho su elaboración y transformación. La razón es que, como dice Freud (1914), nadie puede ser vencido *in absentia* o *in effigie*. Desde esta perspectiva, el análisis y el estudio de la contratransferencia son instrumentos esenciales para descubrir los movimientos transferenciales más difíciles de poner de manifiesto en el *setting* psicoterapéutico que en el analítico, que cuenta con un número mayor de sesiones.

La transferencia en psicoterapia analítica dependerá fundamentalmente de la organización de la personalidad del sujeto, pero también del tipo de *setting* propuesto. En este sentido, podríamos decir resumidamente que no hay una única transferencia, ni un único proceso psicoterapéutico, sino distintas modalidades de «transferibilidad», vinculadas, al menos en parte, a las características de la situación psicoterapéutica propuesta. El tipo de transferencia y, por consiguiente, de proceso terapéutico pueden variar de un psicoterapeuta a otro en función de su grado de experiencia y de su orientación teórica, pero sobre todo técnica. Respecto a esta cuestión, hemos subrayado la importancia de las angustias puestas de manifiesto por el *setting*, especialmente las angustias depresivas. Cuando el enfoque interpretativo consigue aliviar las angustias depresivas centrales, la alianza terapéutica se refuerza y el proceso psicoterapéutico se activa. El hecho de poner en evidencia la culpabilidad infantil desbarata la omnipotencia destructiva de las fantasías agresivas infantiles y, al mismo tiempo, destaca las fantasías libidinales del sujeto respecto de sus objetos internos y contribuye a movilizar la

confianza del individuo en sus recursos y capacidades libidinales, que se manifiestan más mediante modalidades de expresión psíquicas y simbólicas.

La transferencia y la contratransferencia, según el tipo de psicoterapia

En las psicoterapias individuales de tipo «focal» o «focalizadas» con una sesión semanal y una duración de entre seis meses y un año, fijada de antemano, las organizaciones neuróticas, frente a las vivencias de abandono suscitadas por el reducido número de sesiones, llevarán a la relación transferencial los conflictos edípicos más centrales («core conflictual relationship» de Luborsky [Luborsky, Crits-Christoph, Mintz y Auerbach, 1988]). Desde la primera separación larga (por ejemplo, por vacaciones), debemos comprobar la elaboración en la transferencia del duelo de la relación terapéutica cuya finalización ya ha sido fijada. Con frecuencia las reacciones contratransferenciales son determinantes para una buena finalización, y la ausencia de toma de conciencia y elaboración pueden convertirse en obstáculos. Las reacciones contratransferenciales de hipersolicitud nos llevan a sobreproteger las necesidades infantiles del paciente y, al hacer esto, «invalidamos» y neutralizamos las capacidades adultas de este, que le permiten desplegar su capacidad de independencia respecto de nosotros. La reacción contratransferencial inversa es mantener rígidamente la fecha de finalización. La racionalización es promover la autonomía a toda costa, sin tener en cuenta los síntomas y *actings* derivados de la angustia provocada por los sentimientos de abandono que la «parte infantil» de la personalidad ha percibido muy amenazadores. Los partidarios de esta actitud de mantener la fecha de finalización sin posibilidad de cuestionarla —siguiendo el aforismo de Freud: «El león salta una sola vez»— deberían fijar, al menos en estos casos polémicos, una cita de reevaluación unas semanas o meses más tarde.

En el marco de la psicoterapia psicoanalítica de dos sesiones por semana, las estructuras de personalidad neurótica, aunque a veces presentan mecanismos de defensa primitivos como la escisión, la denegación, la identificación proyectiva, etc., facilitan la aparición de la conflictividad depresiva en relación con la angustia de separación. Esta es la gran diferencia con las psicoterapias «focales» en las que, como acabamos de ver, esta elaboración transferencial de las angustias depresivas se produce sobre todo en torno a la finalización previamente fijada. No obstante, la elaboración más intensiva de las vivencias de pérdida de objeto en la relación transferencial se producirá en torno a las vacaciones y a las interrupciones fortuitas, a diferencia del *setting* analítico que se presta más a que se produzca cada fin de semana.

En este contexto, es fundamental estar muy atentos a las reacciones contratransferenciales frente a las vivencias más arcaicas del paciente en la escena transferencial. Esa contratransferencia puede hacer que solo se tenga en cuenta la angustia provocada por esas vivencias tan infantiles, olvidando las capacidades adultas del paciente, y se corra el riesgo de adoptar «actitudes maternas y reparadoras» dirigidas a «corregir» esas vivencias arcaicas con nuestra conducta como, por ejemplo, concediendo sesiones suplementarias o facilitando la comunicación telefónica los fines de

semana o durante las vacaciones, etc., descuidando la elaboración interpretativa de esas vivencias de forma empática. Parafraseando a Bion, la integración analítica y psicoterapéutica exige de nosotros «love and understanding» (amor y comprensión).

Las organizaciones *borderline*, desorganizadas o paranoides requieren una actitud psicoterapéutica muy explícita que clarifique las fantasías transferenciales centrales a fin de permitir su elaboración para no dar lugar a *actings* que pongan en peligro la continuación de la psicoterapia. Esta es la técnica desarrollada sobre todo por Kernberg (1984 y 2008), (Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg, 2007).

Esta técnica está basada en la noción de las representaciones interiorizadas de sí mismo y de los demás muy cargadas de afectos que, por esa razón, en los trastornos severos de personalidad sufren una deformación no solo afectiva, sino también cognitiva. A menudo esas representaciones son pobres, imprecisas y sobre todo fragmentarias, puesto que son portadoras de afectos muy polarizados y fundamentalmente negativos. Esto es resultado del uso frecuente por parte de estos pacientes de los mecanismos de defensa primitivos como la escisión y la denegación, que les producen distorsiones importantes de la imagen que se hacen de los demás y de ellos mismos, responsables de sus problemas de relación y de identidad.

Sin entrar en los detalles del temperamento básico de las personalidades *borderline*, digamos que su impulsividad parece derivar de sus dificultades en «el esfuerzo de control» (para inhibir una respuesta dominante y producir una respuesta no dominante). En cuanto a sus problemas de apego (Fonagy, 2000), hemos constatado en el niño que esos trastornos de personalidad en la adolescencia o en la edad adulta provienen de los trastornos de humor del bebé y de los trastornos de apego, que se traducen en discordancias en el desarrollo, ligeras y no psicóticas (Knauer y Palacio Espasa, 2010).

En efecto, las profundas escisiones presentadas por esos pacientes en la transferencia con relaciones de objetos e imágenes de sí mismo muy idealizadas e irreales, o muy persecutorias, ponen de manifiesto la amplitud de las fantasías narcisistas y agresivas cargadas de omnipotencia destructiva. Las escisiones dificultan el enfoque de sus vivencias y angustias depresivas que, sin embargo, es esencial descubrir para intentar aliviarlas, a fin de atenuar las angustias de persecución y reforzar la alianza terapéutica.

Esta psicoterapia se centra, pues, en la relación del paciente con el psicoterapeuta en el «aquí y ahora», es decir, en la transferencia conflictiva y su articulación en las circunstancias y relaciones actuales del paciente, sobre todo personas cercanas, familiares, amigos, trabajo, etc. En este enfoque, se establece un contrato muy estricto entre paciente y psicoterapeuta, que implica la obligación de hablar de las tendencias suicidas, autoagresivas o automutiladoras. En resumen, se trata de crear un espacio para reflexionar acerca de las percepciones y distorsiones del sujeto respecto de sí mismo y de los demás mediante el análisis de las interacciones transferenciales, prestando gran atención a las relaciones contratransferenciales, que nos informan de las actitudes que el paciente suscita en el psicoterapeuta.

La experiencia del terapeuta muy a menudo se traduce en la capacidad de desconectarse de las reacciones contratransferenciales para focalizar el «aquí y ahora» de

la transferencia que el paciente hace sobre él. El proceso de clarificación, de confrontación y de interpretación de esa transferencia por parte del terapeuta permite mejorar de manera considerable las tendencias suicidas, las crisis de cólera, impulsividad, irritabilidad, agresión verbal, etc., así como la reducción de más de un 50 por ciento de las hospitalizaciones anuales de esta psicoterapia centrada en la transferencia (Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg, 2007).

Ilustración clínica

Ricardo

Al entrar el niño en la siguiente sesión, declara que está muy contento de venir (y la madre lo confirma). Cuando su madre se va, explica que puede enfadarse con su hermanito: «Le he dicho que me enfadaré» y él me ha dicho: «¡No te molestaré nunca más!». Y luego «ya no me da tanto miedo ir al sótano ni los ladrones». Yo le digo: «¿Por qué vas a enfadarte?». Ricardo replica: «¡No me enfado mucho!». Hace un dibujo que consta de tres partes: un castillo con puente levadizo, un malvado que quiere atacarlo lanzando una flecha de fuego para entrar y robar el tesoro; luego el rey y la reina tienen miedo porque no saben que han levantado el puente; y, finalmente, los guardias llevan el tesoro a su habitación. «¡Oh, el tesoro me ha salido muy pequeño!», concluye.

En la siguiente sesión, dice que se ha peleado con su hermano, pero que no le ha pegado. Quiere seguir la historia del otro día con otros dibujos. Se muestra alegre y dice que ha ido al teatro a ver Piel de asno, «como si ella fuera un bebé en el vientre. Y he soñado que yo era el rey que quiere casarse con la princesa. Antes le decía a mi padre que me estrangulara. Ahora ya no se lo digo». Sigue dibujando el castillo que de nuevo es atacado «para robar el tesoro y el rey y la reina tienen miedo». «Pero ahora ya no tengo tanto miedo de la flecha y de los ladrones. Entonces el rey dice: “¡Al ataque!”. Y los malos se han ido». El rey dice «Traedme el tesoro». «Y el rey y la reina están contentos y tuvieron muchos hijos».

Ricardo vuelve a la consulta dos semanas después de haber pasado unas vacaciones junto al mar: le recuerdo mis vacaciones a finales de julio. De entrada me dice que en vacaciones se peleó con su hermano y le pegó. Su madre lo riñó y él se dirigió a su padre y le dijo: «corta la barrera porque voy a tirarme al precipicio desde las rocas». «Y al volver del viaje tenía miedo de que hubiera un ladrón en la casa porque los de Securitas dijeron que había una ventana abierta y soñé que los malos de Harry Potter querían matarme porque Antonio, mi hermano, el jefe, les había dicho que mataran a sus mayores». Le digo: «De modo que el celoso es él y no tú». Quiere seguir con los dibujos del castillo y escribe: «No hay ladrones en el mundo». Dibuja un guardia del castillo que le pregunta a su jefe: «¿Me puedo ir?». Y el jefe le grita: «¡NO!». Y el guardia: «¡Pero si no hay ladrones!». Y el jefe: «¡Ah! ¡Pues díselo a los otros!». Y Ricardo concluye: «Se han marchado en sus coches».

Comentarios

Su ligera euforia hipomaniaca se mantuvo en las dos sesiones siguientes, que fueron muy seguidas. Ahora bien, se trata de una hipomanía neurótica que permite la expresión simbólica y la elaboración de su problema edípico con aspectos fantasmáticos regresivos orales y anales (escena primitiva y contenidos del cuerpo: castillo con tesoros del rey y de la reina). No obstante, la separación de más de quince días por las vacaciones reactivó el miedo a los celos que apelan defensivamente a sus ideas de suicidio. Esta defensa masoquista alterna con la proyección de esta agresividad omnipotente hacia su hermano y los ladrones, pero recupera la integración reanudando los dibujos. Fijamos la frecuencia de las sesiones en una por semana. La indicación de «psicoterapia focal» una vez por semana se basa en que el insight que tuvo en la primera sesión sirvió básicamente para crear una alianza terapéutica. No obstante, solo ha tenido una repercusión muy limitada en su conflicto central: el miedo mágico a su agresividad, tanto a los celos de su hermano como en relación con la pareja parental; y esto pese a que en la siguiente sesión declara con entusiasmo que puede enfadarse con su hermano y que tiene menos miedo a los ladrones.

El tema de los dibujos y de la historia asociada a ellos es el ataque al rey y a la reina para robarles el tesoro. El rey y la reina tienen miedo porque no saben que los guardias han levantado el puente. Las asociaciones muestran la transformación obsesiva de la conflictividad depresiva mortífera de la sesión anterior. Ahora se trata del robo de las riquezas con flechas de fuego, pero lo impidieron los guardias que

levantaron el puente y llevaron el tesoro a los aposentos del rey y de la reina. El ataque de la escena primitiva se transforma en rivalidad edípica en la sesión siguiente después de haber soñado que el rey quiere casarse con la princesa. Problemática edípica que alterna con los ataques a la escena inicial cada vez menos virulenta, ya que el rey ahuyenta a los malos con facilidad. A la vuelta de los quince días de vacaciones familiares se apresura a decirme que después de una pelea con su hermano y la reprimenda de su madre, le pidió a su padre que lo arrojara por el precipicio. Reaparece el miedo a los ladrones con una base de realidad a causa de una ventana abierta. Pero a pesar del sueño en que atribuye a su hermano el papel de jefe de la banda de los malos que quieren matarlo a él y a los mayores, al final de la sesión parece más calmado. En los dibujos que siguen, a los guardias se les permite finalmente marcharse porque ya no hay malos que amenacen el castillo.

En resumen, Ricardo oscila entre un funcionamiento depresivo con defensas maniaco-narcisistas y ligeras manifestaciones depresivo-ansiosas y un funcionamiento neurótico-obsesivo que intenta instalarse de forma sobre todo dinámica y simbólica: sueños y dibujos con historias.

Otto

Desde comienzos de año, sus viajes aumentan a la par que sus éxitos, y apenas nos vemos una o dos veces al mes. El paciente aporta regularmente sueños que hablan de la evolución de su problema edípico. Por ejemplo, un sueño en el que está en el Carnaval con su madre. Va vestido de negro y rojo con una máscara negra de diablo que prefiere a la blanca del gentil, aburrida e insípida. En Pascua, pasó unos días con su madre en Francia, donde trabajaba. Su madre fue a visitarlo porque estaba de vacaciones. Después de Pascua acude una vez a la consulta, en mayo, y aporta el sueño de la catástrofe de un gran almacén incendiado, del que logra escapar por el hueco del ascensor trepando hasta el piso del comedor por donde sale. También soñó con un centro de investigación donde una mujer joven le enseñaba con un telescopio que habían enviado un dirigible vegetal que «vegetaba en el espacio», cosa que siempre asocia a él mismo, que siempre está volando. Ha conocido a otras mujeres en sus viajes, tan continuos que le han impedido venir durante dos meses, hasta finales de julio. En la primera sesión habla mucho de sus asuntos, que le van bien a pesar de la crisis económica que afecta a la empresa. Soñó de nuevo que su avión debía hacer un aterrizaje de emergencia, cosa que realiza en el agua sin problemas. Él sale con sus maletas por un ala, le recoge una barca y pide a los que van en la barca que ayuden a los otros pasajeros. Se reúnen todos en el puerto de un pueblo, pero no pueden marcharse hasta acabar las formalidades. Cree que se siente menos culpable y menos en peligro, aunque encerrado con la amiga cuyo apartamento común todavía no ha dejado, pese a haber declarado su ruptura unos meses antes. En la sesión siguiente dice que soñó que sus padres se peleaban y él intentaba poner paz al conflicto. «Es algo que ocurría a menudo en mis juegos de niño, ya que me sentía responsable de sus peleas, me decía mi analista». «Luego pescaba “al vuelo”, sin cebo tirando el anzuelo: cogí un pez por la cola, pero después alguien se enredó con el hilo y me clavó el anzuelo en la pierna. Creo que me siento un ladrón con la chica y tengo miedo de que me cojan».

Comentarios

Las peculiaridades de su trabajo, que limitan las sesiones a lo sumo a una o dos al mes, difícilmente permiten captar e interpretar las fantasías transferenciales. Sin embargo, las fantasías edípicas directas son muy claras en los sueños con su madre, así como las angustias de castración y de «pasivización» homosexual en el sueño de la pesca en el que alguien le clava el anzuelo.

En el otro extremo de esa aparición de la sexualidad infantil y del complejo de Edipo a partir de la sobrecatexis de las pulsiones libidinales, vemos movimientos regresivos con eliminación de los indicios sexuales de la catexis del objeto cuando las angustias de pérdida se perciben muy amenazadoras para los objetos catectizados, así como para el yo (sueño de catástrofe del almacén incendiado).

III. La interpretación en psicoterapia psicoanalítica

Teniendo en cuenta la estrecha relación entre el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica, todos los autores coinciden en el uso común de la interpretación, aunque en la psicoterapia analítica esta se adapta a las patologías más específicas. Kernberg (1999) establece una distinción importante que compartimos: en el psicoanálisis, la interpretación casi siempre trata del «aquí y ahora», sin olvidar el análisis del carácter. En cambio, en la psicoterapia psicoanalítica a menudo hay interpretaciones en el «allí y entonces» relacionadas con confrontaciones y clarificaciones.

En nuestra opinión, igual que no hay una sola transferencia en psicoterapia psicoanalítica, sino diversas modalidades de transferibilidad según el tipo de psicoterapia y de *setting* propuestos, también hay diversas formas de interpretación de lo que es inconsciente y fuente de conflictos psíquicos.

Podemos decir, de forma resumida, que la gran diferencia entre la interpretación en psicoanálisis y en psicoterapia es que el analista, con la interpretación, solo apunta a la integración de lo que es inconsciente. En cambio, el psicoterapeuta preferentemente busca cambios sintomáticos o, al menos, conflictos estructurales centrales en las psicoterapias psicoanalíticas a largo plazo.

Las intervenciones psicoterapéuticas breves padres-hijos nos han enseñado que en psicoterapia la «actitud» de empatía y de búsqueda de comprensión por parte del psicoterapeuta tiene un papel fundamental. Los estudios sobre estas terapias hechos con Cramer y Robert Tissot (2002) muestran que el padre y el psicoterapeuta se reparten el 50 por ciento del uso de la palabra. Podemos extrapolar esas observaciones a las formas de psicoterapias individuales no formalizadas del tipo «consultas terapéuticas» y también a las psicoterapias individuales «focales» de una sesión semanal.

En las intervenciones psicoterapéuticas padres-hijos (Manzano, Palacio-Espasa y Zilkha, 1999), el psicoterapeuta no interpreta la transferencia del padre a él, sino la transferencia que este hace a su hijo de imágenes de sí mismo como niño o de personas significativas de su pasado. En realidad, no se trata de poner de manifiesto fantasías inconscientes del padre, sino de «poner en relación» la visión que tiene de su hijo y de la imagen o las imágenes de su infancia que deposita en él (identificaciones proyectivas). Tanto las imágenes que se hace de su hijo como las de su pasado infantil son conscientes para el padre. El único elemento inconsciente clarificado por la interpretación es el vínculo entre esos dos grupos de imágenes, vínculo que explica la visión que se hace de

su hijo a la luz del pasado del padre. Cuando hay una indicación de intervenciones psicoterapéuticas breves, esas interpretaciones permiten cambios muy importantes en las interacciones padres-hijos con un número de sesiones limitado, entre cinco y diez. La transferencia al psicoterapeuta raramente es interpretada; solo cuando la pretransferencia positiva se convierte en transferencia conflictiva: transferencia agresiva o sexualizada, fuente de resistencias ineludibles, lo que alarga de manera considerable el proceso psicoterapéutico.

Nosotros hemos extendido la noción de conflictos de parentalidad (Cramer y Palacio Espasa, 1993), (Manzano, Palacio Espasa y Zilkha, 1999), (Nanzer, 2012) a las dificultades de elaboración del «duelo del desarrollo», que para el adulto o adolescente derivan de la espera (embarazo) o de la llegada de un niño. «Duelo del desarrollo» vinculado a la exigencia de renunciar a su puesto de niño ante sus padres para cederlo al bebé que va a nacer o al niño que ya ha llegado. Esta delegación se hace mediante mecanismos de identificación proyectiva de la imagen infantil que el padre tuvo de sí mismo o le habría gustado tener con sus padres o con otras personas significativas del pasado. Esto va acompañado de identificaciones parentales complementarias con imágenes de los padres que el padre tuvo realmente o que le habría gustado tener en su pasado infantil.

Hemos descrito, por tanto, de una forma muy esquemática tres formas de conflictos de la parentalidad en función del alcance de la denegación del «duelo del desarrollo» de la parentalidad:

1. Neurótico (con denegación de ciertos afectos penosos del pasado del padre en la relación con el hijo).
2. Depresivo-masoquista (con tendencia a expiar en la relación con el hijo la culpabilidad respecto a sus propios padres en el pasado infantil).
3. Narcisista-disociado (con identificaciones proyectivas cargadas de agresividad hacia el niño en función del pasado conflictivo de los padres y tendencia al distanciamiento y hasta rechazo del hijo).

El trabajo psicoterapéutico con los conflictos de la parentalidad fuertemente marcados por la depresión nos ha sensibilizado en la importancia de centrar la interpretación en la conflictividad depresiva del sujeto. De los dos afectos que la acompañan, muchas veces la tristeza de la pérdida es difícil de experimentar en función del alcance de la culpabilidad. Cuando la culpabilidad es demasiado intensa resulta tan difícil reconocerla y asumirla que se transforma por proyección en afectos y sentimientos de persecución. Se trata de la proyección de la agresividad infantil vivida como poderosa y destructiva.

La interpretación de las fantasías infantiles sentidas como portadoras de una agresividad extremadamente peligrosa permite atenuarla considerablemente y, por tanto, suavizar los mecanismos de defensa movilizados por el sujeto con un número determinado de cambios positivos. El más evidente es el refuerzo de la alianza terapéutica y de la «pretransferencia positiva» en las psicoterapias breves padres-hijos, aunque también en las «consultas terapéuticas» individuales y en las psicoterapias breves

«focales», en las que el número y la frecuencia limitada de las sesiones refuerzan los sentimientos de abandono en la transferencia.

La atenuación de las angustias depresivas permite la utilización de las defensas más progresivas de que dispone la organización psíquica del sujeto: defensas de tipo neurótico o uso de la simbolización para expresar conflictos psíquicos, como los sueños, los dibujos, los juegos, etc. A la vez que disminuye el miedo del sujeto a sus propias fantasías agresivas, aparece un mayor desarrollo psíquico y más fantasías libidinales que se traducirán, entre otras cosas, en la catexis de las representaciones psíquicas y de la vida mental en general, que se establecerá en detrimento de la inhibición y de los pasos al acto más o menos evacuativos.

En los conflictos de parentalidad neuróticos, la interpretación «pone en relación» las imágenes idealizadas depositadas por identificación proyectiva en el niño con los duelos mal resueltos de su pasado infantil. Esos duelos pueden ser de objetos reales —personas significativas realmente perdidas— u objetos «fantasmáticos» —situaciones o relaciones ideales que el padre habría querido vivir en su infancia—. Puesto que la receptividad del padre a la interpretación es muy buena gracias a la «pretransferencia positiva», la toma de conciencia del origen infantil de su visión del niño facilita una retirada rápida de las identificaciones proyectivas que pesan sobre él. Se producen entonces importantes cambios interactivos y la desaparición, o la notable atenuación, de los síntomas del niño que derivan de los trastornos interactivos vinculados a la parentalidad neurótica. Ahora bien, para «desparasitar» al niño de las identificaciones proyectivas del padre hace falta que este último reanude el proceso de duelo —real o fantasmático— de su pasado. Por lo general, esos padres son muy conscientes de ese duelo, pero la llegada del niño les permitía negarlo parcialmente.

Más conflictivos, por estar más cargados de culpabilidad, son los duelos característicos de los conflictos de parentalidad depresivo-masoquistas, ya que los intensos sentimientos de culpabilidad infantil del padre respecto a sus propios padres comportan la tendencia a la expiación de esta culpabilidad en el momento de convertirse en padre, a través de la tendencia a someterse a las exigencias o a la tiranía del niño. La interpretación y el hecho de relacionar su visión del niño a la luz del pasado infantil permite que se produzcan cambios importantes en las interacciones conflictivas con este. No obstante, según cuál sea el grado de masoquismo moral, que depende de la culpabilidad del padre respecto de sus propios padres durante su infancia, es posible que se produzcan recaídas que requieran la intervención psicoterapéutica padres-hijos.

La interpretación al niño en esas terapias breves padres-hijos va dirigida a la conflictividad central de su organización psíquica, que está reforzada por la sobrecarga ocasionada por las conflictividades parentales. El hecho de asistir a la elaboración del problema de los padres desempeña un papel muy importante en la mejor comprensión que la parte adulta del niño puede tener de las fantasías infantiles clarificadas por la interpretación, lo cual también contribuye mucho a la amplitud de los cambios terapéuticos de ese tipo de intervenciones. Esas interpretaciones al niño raramente tratan

de la transferencia al psicoterapeuta, sino más bien de la reacción a la «transferencia» que ellos hacen a sus padres.

En las «consultas terapéuticas» individuales, las interpretaciones también van dirigidas a los problemas centrales de la estructuración psíquica del paciente, en un intento de apuntar a la conflictividad depresiva con objeto de mitigar la culpabilidad onipotente. Si la «actitud» empática y la clarificación permiten aportar una comprensión reconocida por el sujeto, la alianza terapéutica se refuerza y los mecanismos de defensa utilizados por el yo se suavizan, lo que produce una mejora sintomática y una mejor expresión mental y simbólica de los conflictos centrales del sujeto. El tipo de estructura de personalidad subyacente marcará la continuación de esas primeras entrevistas esporádicas.

Las organizaciones psiconeuróticas permitirán poco a poco vivir esos conflictos centrales en la relación transferencial.

Ilustración clínica

Continuación del caso Otto

Al cabo de unas cuantas sesiones, el paciente cuenta otra pesadilla repetida: tiene que hacer el examen de Economía en la universidad y no sabe nada. «Suspendí las matemáticas varias veces en el bachillerato y tuve que asistir a clases particulares. Probablemente, según me dijo mi antiguo analista, el hecho de sentirme culpable por conseguirlo guarda relación con mi padre, que no tuvo estudios universitarios». Asiento. Destaca el hecho de que en España tenía dificultades de erección con su primera compañera; su padre le dio una pastilla de Viagra y desde entonces siempre la toma en su primera relación con una nueva compañera. Le digo en un tono interrogante que es como la autorización de su padre. Sonríe y luego añade que tiene que hacer un viaje muy importante y bastante largo. «No podremos vernos en unas semanas». «Tal vez de ahí viene la pesadilla, por celos de su importancia profesional». Ríe abiertamente. «¡Tal vez!».

Al regresar de este viaje, unas semanas más tarde, dice que por primera vez no ha tenido la sensación de ser «alguien que no vale nada», sino que ha sido consciente de la importancia de lo que ha hecho. El impasse con sus compañeras persiste y es su mayor preocupación. Ahora contempla la idea de volver a España para pasar la Navidad con su familia.

En la sesión anterior a las vacaciones de Navidad, sueña con que yo le digo que no busque otro analista en España. Cree que represento a su padre, pero subrayo que soy yo el que vive la angustia de abandono.

Regresa a finales de enero porque ha hecho dos viajes y su trabajo sigue funcionando bien. Soñó que su padre iba a buscarlo al aeropuerto para que llegara a tiempo al famoso examen de Matemáticas con el que finalizaría el bachillerato. Lo asocia a la ayuda que recibe del analista para afirmarse en su trabajo, del mismo modo que esto lo ayudó en la adolescencia, en el bachillerato y en la universidad.

Comentarios

La inquietud frente a sus fantasías orales y regresivas cargadas de agresividad y fantasías de muerte empieza a disiparse ya que, con la reanudación de las sesiones, comienza a apuntar progresivamente el problema edípico. Al principio surgió en los sueños repetidos de exámenes y de fracasos. El paciente asocia de manera espontánea esos sueños típicos a la culpabilidad respecto de su padre, que no pudo realizar estudios universitarios. Recuerda a su antiguo analista que le había señalado esos sentimientos de culpabilidad en su adolescencia. Puedo constatar que está capacitado para autoanalizar sus producciones psíquicas, lo que explica la manera como ha presentado y comprendido sus sueños con fantasías orales y mortíferas, sin angustia excesiva.

De hecho, asoció esos sueños de exámenes con el hecho de que su padre le diera «autorización» para tener una vida sexual (píldora de Viagra). Pero sobre todo pudo comprender y aceptar, riendo, mi interpretación transferencial de rivalidad conmigo (imagen paterna), que estaría celoso del éxito profesional que está consiguiendo con sus viajes. Esa interpretación transferencial parece haber proporcionado un alivio sintomático a su autoestima ya que, al regresar de ese viaje, no ha tenido la penosa sensación de no valer nada. Esta mejora también se ha aplicado a las repetidas pesadillas referidas al avión que, en lugar de

estrellarse, aterriza sin sufrir grandes daños y le permite ayudar a salir a su hermana. Después de estos sueños inicia el duelo por un gran amigo suyo, muerto un año antes, al que no había podido ir a ver.

En el marco de la conflictividad con su padre y sobre todo de la culpabilidad respecto de este, ha aparecido el sueño de la intervención quirúrgica castradora en la que le afeita una enfermera que lo inmoviliza boca abajo; él se rebela y se va. Asocia este sueño con una intervención quirúrgica que sufrió su padre cuando él era adolescente y que le dio mucho miedo. Sigue asociando con su idea de que el matrimonio es una trampa. Por eso en el sueño teme sentirse como el padre al que percibe castrado, y huye.

La relación ambivalente con la imagen paterna en la transferencia aparece de nuevo antes de las vacaciones de Navidad, en el sueño en el que yo le digo que no busque otro analista en España y le indico que eso significa hacerme depositario de sus posibles angustias de abandono.

Cuando regresa de las vacaciones de Navidad, tras haber transcurrido más de un mes a causa de sus viajes, aporta el sueño en que su padre va a buscarlo al aeropuerto para que no llegue tarde al examen que le ha de permitir acabar los estudios de bachillerato. Esta imagen paterna protectora la asocia con la ayuda que le aporta la psicoterapia para afirmarse en su trabajo, como su analista en el pasado le ayudó a acabar los estudios de bachillerato y universitarios.

Esos cambios positivos que afectan a las imágenes paternas permiten apuntar a otros conflictos más regresivos con las imágenes maternas que surgen en el sueño de la operación «rasuradora e inmovilizadora».

La interpretación transferencial de esos conflictos facilita enormemente su elaboración e integración posterior. En las estructuras *borderline*, pese a los cambios positivos iniciales y a ciertos movimientos integrativos, aparecen fácilmente reacciones terapéuticas negativas por la estimulación de un superyó envidioso, producto de las escisiones importantes de ese tipo de personalidad. Es necesario clarificarlas y ajustar un *setting* que permita desbaratar estas resistencias, como muestra el ejemplo clínico siguiente.

Ejemplo clínico de la consulta terapéutica con una reacción terapéutica negativa

Nino es un matemático italiano de unos cincuenta años que vive en Italia. Coge expresamente un avión para ver si puedo ayudarlo, porque a través de unos amigos psicoanalistas se enteró de que yo había escrito un libro titulado Depresión de vida, depresión de muerte. Hace cinco años sufrió una profunda depresión a raíz de la muerte de su hermano menor a causa de un cáncer de páncreas. Durante el año anterior al fatal desenlace intentó por todos los medios ayudar a su hermano, que estaba siendo sometido a varios tratamientos. Su estado se agravó cuando hace dos años otro hermano más joven comenzó un tratamiento para combatir un cáncer intestinal. Al parecer, el tratamiento funcionó, pero Nino desarrolló una depresión melancólica grave. Pese a ser un profesor y un matemático notable, ya no puede trabajar. Intentó un tratamiento psicoanalítico durante varios meses, acompañado de un tratamiento farmacológico con antidepresivos, que en su opinión no le han servido de mucho. Recientemente y durante cuatro meses emprendió un segundo análisis a razón de tres sesiones semanales. Sin embargo, lo abandonó cuando su analista anuló de manera repentina una sesión de miércoles, ya que su hermano había muerto un miércoles. Inmediatamente puso fin a ese análisis por miedo a ser arrastrado al mismo precipicio donde cree que sus dos hermanos están empezando a enterrarlo. «Estoy en tal estado de catástrofe interior que el vínculo con una persona enferma me pondría aún más enfermo, me desorganizaría completamente»; «así me sentía yo con mi hermano muerto cuando estaba enfermo; era muy destructivo, tanto con mis padres como conmigo».

Nino se halla en un estado de sideración melancólica y de terrible apragmatismo, sobre todo en el trabajo, teniendo en cuenta que ejercía una actividad profesional muy creativa. Vive esperando una desgracia inminente al menor imprevisto. «Tengo miedo de que la menor actividad pueda ser peligrosa y perjudicial para mi familia, mis alumnos y mis colegas». No ve más salida que la muerte o el suicidio, pero no quiere darle semejante disgusto a su familia.

A una pregunta mía, responde que come y duerme muy mal porque tiene unas pesadillas horribles, una de las cuales tiene tendencia a repetirse: va en coche con su familia por un puente que se hunde y mueren todos menos él, que sale ileso, consternado, contemplando la tragedia como si fuera culpa suya.

Cuando le pregunto por su pasado dice que es el mayor de una familia numerosa con seis hijos. Es el único que siempre permaneció con sus padres, pese a la grave depresión posparto de su madre al nacer él, tras una

importante hemorragia. La madre era una matemática célebre, como el padre, pero abandonó la carrera cuando llegaron los hijos. Es por eso que su hermana, nacida poco después que él, debería haber seguido los pasos profesionales de la madre, pero no lo consiguió. En cambio, desde muy pequeño Nino mostró una gran facilidad en la escuela y siempre se sintió algo culpable ante su hermana. Pero sobre todo se siente culpable porque esta hermana, al nacer, fue enviada a casa de los abuelos ya que la madre, deprimida, no se sentía capaz de ocuparse de los bebés, pese a contar en casa con la ayuda de una asistenta. Sus padres la recuperaron al nacer el siguiente hermano, que a su vez fue enviado a casa de los abuelos, de donde regresó al nacer un nuevo hermano. Esa maniobra se repitió con los tres hermanos siguientes. Nino recuerda haber tenido muchos celos de esos niños, ya que su llegada era objeto de una atención especial por parte de los padres, sobre todo de la madre.

Él mismo solo tiene un hijo, a pesar de los deseos de su mujer, porque teme que la llegada de otro sea problemática, y hasta peligrosa, tanto para su hijo como para él mismo, pero sobre todo para su mujer, que tuvo una ligera hemorragia al nacer el niño. Se siente muy unido a ese hijo, como lo estuvo a su padre. Este era muy exigente, pero él lo acompañaba incluso en sus actividades y aficiones deportivas, mientras que sus hermanos eran golpeados regularmente con violencia.

Le indico que parece haberse paralizado porque tiene la impresión de que sus celos infantiles omnipotentes fueron los responsables de la muerte de su hermano, del cáncer del otro hermano, del fracaso profesional de su hermana, etc.; en resumen, de la desgracia de su familia. Replica que, en sus pesadillas, es él quien conduce el coche con la familia y cae por el puente. Destaco su profunda creencia infantil en su omnipotencia mortífera, de modo que solo puede pagar esta culpabilidad manteniéndose en un estado de sideración «mortal», incapaz de la menor actividad (identificación melancólica).

Le digo también que solo puedo verlo una vez por semana y a veces solo cada quince días —tres semanas y le doy una nueva cita para la semana siguiente, cita a la que llega dirigiéndome una sonrisa y sin la expresión de terror y de sideración, aunque recupera esta expresión durante la sesión—. Empieza diciendo: «Lo que me dijo la última vez me impresionó mucho. Se hizo realidad la concreción de mis fantasías infantiles. La sensación de que se había matado la realidad, de que había sido asesinada por las fantasías... El año pasado me dominaban las ideas de muerte, cuando murió mi hermano estaba como transformado por su fallecimiento... Estaba convencido de que yo también la había encontrado...». «Viví la muerte, de ahí las ideas de suicidio...». «La otra cosa que usted dijo es que yo tenía miedo de mí mismo y ¡es cierto! Por eso creo que evocaba la imagen de mi padre muerto, ¡perdón!, ¡de mi hermano muerto!, delante de sus hijos, y me decía “yo no puedo hacerle eso a mi hijo, enfrentarle a un padre muerto, como los hijos de mi hermano se han visto enfrentados a la imagen de un padre muerto”» (silencio).

Como sigue en silencio, le pregunto si ha soñado y responde: «he tenido dos sueños. En el primero tenía que reparar el chasis y el techo del coche, pero no me decidía a hacerlo. El segundo sueño era repugnante. Estaba andando y, cada vez que el pie entraba en contacto con el suelo, mi piel estallaba en distintos puntos con explosiones de gas maloliente como si fueran esfínteres que se abrían. Al mismo tiempo, mi hermano, con el cáncer intestinal, se acerca para agredirme y golpearme en la cabeza, pero yo consigo reunir fuerzas y lo detengo para mantenerlo a distancia. Cuando supe que mi otro hermano también tenía cáncer, me quedé de piedra». Le indico que en el segundo sueño parece que él es portador de esta porquería «que sale de él al menor movimiento» (identificación melancólica que se convierte en persecución), «pero a pesar de esto consigue defenderse». Destaco la figuración onírica de la defensa melancólica como una mejor elaboración de esta que le permite distanciarse de esta imagen tan deteriorada que lo ataca. Señalo la inhibición intelectual como un síntoma depresivo-neurótico. «No obstante, en el primer sueño usted duda de si debe reparar el chasis y el techo del coche, lo que parece aludir a su capacidad intelectual abandonada porque se percibe como una potencia peligrosa y culpable». Estamos acabando la sesión y se marcha con aire pensativo.

Hemos fijado una cita para la semana siguiente, pero llama por teléfono para anularla, ya que la seguridad social italiana (la Mutua) le dice que no puede recibir tratamiento en el extranjero. Quince días más tarde telefonea diciendo que todo ha sido un malentendido y que desea otra cita.

Acude a la consulta un mes más tarde, muy comunicativo, diciendo que un malentendido con la Mutua le obligó a anular nuestra anterior cita. Durante este tiempo ha tenido dos sueños muy elocuentes que dice haber interpretado él mismo. En el primero, su hermana (a la que llama «la mayor» aunque solo lo es en tamaño) va a casarse y él se siente muy culpable por no haberle hecho ningún regalo. En el segundo sueño, su madre

está enferma, posiblemente de un cáncer de útero. Sus asociaciones giran en torno a esa «hermana mayor», que debería haber sido la gran matemática de la familia, pero que no consiguió sacar adelante los estudios... «En cambio, yo tenía tal facilidad...» (pausa). Le pregunto cómo ha interpretado los sueños. «Como una culpabilidad por superar a mi hermana. Sobre todo porque cuando era niño tenía muy buena relación con un amigo de mi padre que era profesor de física y siempre me animaba a estudiar esa disciplina, cosa que hice a la vez que estudiaba matemáticas, pese a que mi madre intentaba disuadirme. Creo que en el sueño manifiesto mi culpabilidad ante los dos». Como permanece en silencio, le sugiero que el malentendido con la Mutua y el aplazamiento de nuestra cita parecen indicar que tal vez tenía miedo de mí, como su madre del profesor de física. Podríamos imaginar que es como si creyera que yo lo empujaba a trabajar; dado que hemos hablado de que en el sueño dudaba de si reparar el techo del coche. Efectivamente, todo parece indicar que percibe su capacidad de pensar y de trabajar como un instrumento peligroso para su hermana y su madre. Fantasía fálica primitiva conflictiva a dos niveles: de rivalidad neurótica edípica respecto de su hermana. Esta culpabilidad adquiere proporciones muy destructivas en relación con el cuerpo de la madre y de sus bebés, como demuestra su pesadilla repetida, que apela a sus defensas melancólicas de las que está a punto de desprenderse. La transferencia precoz de una imagen paterna, cuya alianza homosexual refuerza sus fantasías fállicas primitivas de ataques tanto a la hermana como al cuerpo de la madre y sus bebés, da lugar a una reacción terapéutica negativa porque deriva en sentimientos de culpabilidad demasiado abrumadores.

Dos semanas más tarde, el paciente llega sonriente a la sesión diciendo que se ha acordado de algunos detalles del sueño de la enfermedad de la madre, que era una grave infección de ovarios, pero no necesariamente un cáncer de útero. Pero sobre todo se ha dado cuenta de hasta qué punto le inhiben los sentimientos de culpabilidad respecto a todo lo que les ocurre a sus hermanos y hermanas, y cuánta tristeza le causó la muerte de su hermano sin ser consciente de ello. No obstante, también se ha dado cuenta de que si yo no puedo verle más que cada semana o cada quince días, le resultará muy difícil soportar la distancia entre las sesiones para seguir elaborando el trabajo de duelo. Por lo tanto, ha contactado con un nuevo analista en la gran ciudad donde vive, que podría verle cuatro veces por semana y con el que ya podría empezar. No obstante, desearía poder llamarme por teléfono en el caso de que se encontrara en una situación difícil o caótica, como la que acaba de superar; cosa que yo acepto, y se marcha muy agradecido.

Comentarios

El ejemplo de duelo patológico con un estado depresivo grave y persistente comparable al cuadro clínico de la melancolía ansiosa parecía muy difícil de abordar con psicoterapia, sobre todo después del fracaso de los tratamientos farmacológicos y de dos intentos de psicoanálisis que al parecer fueron infructuosos. No obstante, al terapeuta le impresiona la capacidad del paciente para abordar por medios simbólicos sus intensas angustias catastróficas, teniendo en cuenta las repetidas pesadillas de caída con el coche por el puente y muerte de su familia. Esto permitía pensar que había posibilidades de que tomara conciencia de sus intensos sentimientos de culpabilidad hacia sus hermanos y hermana, y también hacia su madre, en función de sus celos infantiles. Al ser el único hijo que nunca fue apartado de la casa paterna debió sentirse responsable de la desaparición temporal de los otros. Esta situación y las graves depresiones maternales posparto debieron reforzar la conflictividad de Nino multiplicando sus fantasías, sobre el vientre de la madre y de muerte, especialmente de sus hermanos y hermana.

Tras haberse ocupado de manera intensa de su hermano cuando estaba enfermo de cáncer; los enormes sentimientos de culpabilidad lo llevaron a la identificación melancólica con el hermano muerto. Desarrolló un estado casi de estupor calificado por él mismo de «estado de muerte», que se agravó cuando su otro hermano enfermó de cáncer de colon.

Hay que destacar que, en las dos primeras sesiones de consulta terapéutica, Nino movilizó y atenuó rápidamente sus defensas melancólicas, saliendo del estado de estupor; y pudo empezar a pensar en su experiencia psíquica. Esto parece deberse a que la parte neurótica histérica de su personalidad ocupaba un lugar importante en su funcionamiento psíquico, cosa que no podríamos haber supuesto fácilmente en la primera entrevista a la vista de sus espectaculares manifestaciones clínicas depresivo-melancólicas. No obstante, ante la descripción interpretativa de sus enormes sentimientos de culpa, rápidamente los desplazó hacia la rivalidad precoz con los hermanos y sobre todo con la hermana (y con la madre), que ya se apuntaba en el sueño del coche cuyo chasis y techo no se decidía a reparar.

A la luz de esas fantasías, su enorme inhibición para reanudar el trabajo equivale casi a una autocastración, ya que su capacidad intelectual es percibida como un arma peligrosa y mortífera. De hecho, cuando afloró este problema en la segunda sesión, dio lugar a una forma de resistencia transferencial en torno al malentendido con la Mutua, ya que él entiende que le impide ir a curarse a Suiza. El psicoterapeuta es percibido en una transferencia precoz como un objeto parcial fálico primitivo, que se convertía en su aliado para atacar a la hermana y a la madre (con sus bebés) en su cuerpo.

La anulación de nuestra cita tenía prácticamente el significado de una «minirreacción terapéutica negativa». Es como si vehiculara un miedo inconsciente a cambiar y a volver a trabajar demasiado pronto, temiendo en cuenta que su capacidad intelectual es percibida como un instrumento peligroso.

No obstante, tomó conciencia por sí mismo de sus resistencias con el autoanálisis de los dos sueños que tuvo tras la última sesión, en especial el de su enorme culpabilidad por no haber hecho un regalo de boda a su hermana y el de la enfermedad de su madre, cuyos detalles no recordó hasta después de esta sesión.

En estas dos sesiones parecía haberse reanudado el proceso de duelo, especialmente en la segunda, cuando desarrolla el sentimiento de muerte interna en el momento de la muerte de su hermano y después las ideas de suicidio y el deseo de no enfrentar a su hijo a la imagen de un padre muerto, como les ocurrió a los hijos de su hermano. Poco a poco vemos cómo se separa su imagen, que se diferencia de la del hermano muerto, y él se da cuenta de su enorme tristeza ante esta muerte cuando toma conciencia de sus intensos sentimientos de culpabilidad. Al comienzo de la sesión habla de cómo percibió que vivía con una precisión muy real las fechorías de sus fantasías infantiles. Apenas se detiene en el sueño de «reparar el chasis y el techo del coche», pero sí lo hace en el que aparece claramente la identificación melancólica con el hermano que padece cáncer de colon (con las emisiones cutáneas malolientes a cada paso que da). En el sueño, el hermano enfermo quiere agredirlo y darle un golpe en la cabeza, pero él reúne fuerzas y se lo impide manteniéndolo a distancia. La conciencia de su confusión con el hermano muerto o el que está gravemente enfermo marca el comienzo de la diferenciación de Nino de esas imágenes de objetos muertos o muy dañados. Empieza a vivir la tristeza que siente por ellos y a iniciar un proceso de duelo. Consciente de su «reacción terapéutica negativa», que deriva de su transferencia primitiva al terapeuta percibido como el aliado paterno (profesor de física amigo del padre) contra la hermana. Toma conciencia de los límites de las consultas terapéuticas para resolver su depresión melancólica.

A la luz de su experiencia analítica anterior, se percata de que la elaboración de sus duelos patológicos necesita un setting más regular e inicia un nuevo análisis.

En las psicoterapias individuales «focales» con un final fijado de antemano, al comienzo las interpretaciones van dirigidas a los conflictos estructurales centrales para luego, de manera progresiva, ir interpretándolos en la relación transferencial. La interpretación de las angustias de abandono se produce a la vez muy rápidamente, porque la finalización está preestablecida desde el comienzo de la psicoterapia.

Como se ha dicho al principio, las interpretaciones en la psicoterapia psicoanalítica básicamente tratan de los conflictos estructurales centrales en la relación transferencial y, por ese motivo, se parecen a las interpretaciones psicoanalíticas. No obstante, las interpretaciones en psicoterapia, como acabamos de ver con la revisión de las interpretaciones en las distintas formas de psicoterapia psicoanalítica, son mucho más estratégicas y pretenden cambios estructurales y sintomáticos.

IV. Las construcciones en psicoterapia psicoanalítica

Las construcciones de las experiencias del pasado en psicoterapia psicoanalítica forman parte, por lo general, de los procesos terapéuticos. No obstante, esas construcciones son extremadamente escuetas y casi siempre se limitan a los conflictos estructurales centrales, como hemos visto en el caso de Ricardo o de Otto. De hecho, las construcciones del pasado real o fantasmático son más propias del psicoanálisis (Wildlocher, 2010).

Ilustración clínica

En Ricardo, la construcción propuesta está constituida, como ocurre a menudo, por hechos reales (los celos causados por la llegada del hermanito) y por «construcciones fantasmáticas» (la omnipotencia «mágica mortífera» atribuida a los sentimientos de celos hacia su hermano y hacia sus padres).

Esta construcción constituyó el «focus central» de esta psicoterapia y su elaboración en la relación transferencial e indujo los cambios más importantes en el funcionamiento psíquico de Ricardo.

Esa construcción se la propuso el terapeuta en la primera entrevista con el niño, que la acogió con entusiasmo, cosa rara en las psicoterapias de niños. Al final de la sesión, Ricardo declaró con entusiasmo a su madre: «¡Casi hemos encontrado la causa de mi problema!». Sin embargo, hubo que hacer un trabajo elaborativo regular de ese conflicto central en la relación con su hermano y sus padres. Pero sobre todo, hubo que mostrarle ese conflicto, pese a las férreas resistencias del niño en la relación con el terapeuta, para que Ricardo pudiera afirmarse sin temor en múltiples ámbitos.

La construcción de ese ejemplo de Ricardo, del hecho de la pérdida de la posición privilegiada ante su madre, como en el ejemplo de Freud, constituye casi un lugar común de la mayoría de los psicoanálisis o de las psicoterapias. El problema es que ese tipo de conflictos se presenta en los mayores, pero también en los pequeños o en los hijos únicos que esperan la llegada del Otro (Green, 1993) o de los otros, como una legión de perseguidores. Ahí reside la dimensión fantasmática de esta construcción, cuyos importantes sentimientos de amenaza que acompañan las vivencias de abandono o de exclusión vinculadas a la irrupción del Otro suscitarán fantasías agresivas, más o menos cargadas de omnipotencia; fantasías agresivas que se perciben como muy dañinas, incluso mortíferas, que suscitan sentimientos depresivos de pérdida y de culpabilidad hacia las personas catectizadas (padres y miembros de la fratria). Cuando esas fantasías de destrucción son muy catastróficas, las vivencias depresivas son insoportables y recurren a los mecanismos de defensa primitivos: denegación, escisiones, identificaciones proyectivas, etc.

En las psicoterapias de adultos, una de las construcciones más frecuentes es la de los ataques a la escena primitiva, que se transforma en rivalidad edípica cuando el sujeto dispone de capacidades libidinales para hacer evolucionar la intensidad del conflicto y, con ello, transformar la naturaleza del mismo con la triangulación.

Ilustración clínica

Continuación del caso Otto

Otto reconoce casi enseguida los sentimientos de culpabilidad respecto de la escena primitiva cuando destaca: «Mi analista (de la adolescencia) ya me dijo que me sentía culpable de los conflictos entre mis padres».

Fantasia de escena primitiva que surgió en el marco de la elaboración de la culpabilidad edípica respecto de su padre, que no había realizado estudios universitarios y se había arruinado cuando él era adolescente, aunque luego logró recuperarse. Esta culpabilidad le hacía muy difícil vivir sus éxitos profesionales de manera satisfactoria. La elaboración de este problema edípico en nuestras «consultas terapéuticas» le permitió desarrollar la actividad profesional sin sentirse después «mal y deprimido».

No obstante, ese paciente se mostró muy reticente a recibir una construcción de las fantasías arcaicas muy angustiosas de pasividad y de engullimiento por un objeto maternal primitivo en relación con la grave enfermedad padecida cuando era un bebé. La finalidad de esta construcción era comprender sus dificultades a la hora de elegir una compañera para fundar una familia, tal como deseaba. Veamos el material clínico para esta construcción:

En la última sesión, el día después de su cumpleaños y dos meses antes de la separación provocada por sus viajes y mis vacaciones, aporta un sueño: regresaba a casa de sus padres, a la hermosa casa que tuvieron que abandonar en su adolescencia, cuando se produjo la crisis económica de su padre. «Yo no iba a comer con mis padres y mi hermana. Me preguntaron después por qué no iba a comer. Dije que no tenía hambre. Estaba en la habitación de mis padres, una estancia muy luminosa con una puerta que da al jardín y que yo abro para que entren los perros. Mis padres me dicen que no les deje entrar en la casa y obedezco». Asocia que tuvo dos perros antes de cumplir cinco años porque a los cuatro años murió un perro, que nunca fue sustituido, y nació su hermana.

También asocia esta habitación de los padres, muy luminosa, con una ventana y una vista magnífica: «Quizás es un deseo de regresar a la infancia». (Pausa) Pregunto: «¿Antes del nacimiento de su hermana, cuando usted era el rey de la casa?». «Bueno, ayer celebré mi cumpleaños a mediodía con los compañeros de trabajo y por la noche con la chica con la que sigo viviendo, que había estado comprando cosas para la cena. Es lo mismo que hacía mi madre durante toda la semana antes de mi cumpleaños: me preguntaba qué quería comer o qué regalo deseaba. Por eso en el sueño yo decía que no tenía hambre. Desde que al nacer estuve gravemente enfermo, mi madre siempre me ha protegido» (pausa). Analista: «Para tenerlos pendientes de usted y evitar que lo sometieran e infantilizaran como hizo su madre, ¿tenía esa sensación?». «¿La grave enfermedad que padeció al nacer es lo que provocó la superprotección de su madre y ese miedo a que una mujer lo reduzca a ese estado de dependencia y sufrimiento?». «Bueno, mi padre también era muy protector y ¡me llevaba al colegio en coche!» (pausa). «Los dos perros también pueden ser mis padres de los que tomaba posesión en su habitación. Pero ellos me lo prohíben y me dicen que no deje entrar a los perros» (pausa).

Comentarios

El problema edípico de Otto se presenta en sus sueños, y de forma más clara en el sueño de Carnaval con su madre, que va a pasar una semana de vacaciones con él. Alterna con malos sueños de catástrofe en los que ahora halla salidas y dejan de ser pesadillas. De hecho, en el sueño del accidente de avión ayuda a los otros pasajeros a abandonarlo, de modo que ya no está encerrado, sino retenido por unas formalidades, cosa que según él es la demostración de que ha mejorado.

En la sesión anterior a mis vacaciones, al día siguiente de su cumpleaños, Otto aporta un sueño que le causó mucha impresión, ya que se halla en la hermosa casa donde vivía hasta el comienzo de la adolescencia y que tuvieron que abandonar a causa de los problemas económicos de su padre. Se encontraba en la habitación de sus padres, con una magnífica vista al jardín. Y abre la puerta del jardín para dejar entrar a los dos perros, cosa que sus padres le prohíben y él obedece.

Está muy impresionado por ese sueño que reproduce una situación vivida hacia los cuatro años cuando, poco antes del nacimiento de su hermana, uno de los perros murió y nunca fue sustituido. Las asociaciones giraron en torno a la grave enfermedad que padeció cuando era un bebé y que pudo contribuir a la superprotección por parte de su madre. Por otra parte, cree que los dos perros que controla pueden representar a las dos mujeres que dependen de él.

No obstante, la construcción propuesta, que relaciona los dos hechos, no tuvo una acogida consciente especial. Se trataba de explicar su tendencia a hacer que las mujeres se mantuvieran dependientes de él, conservando una relación exclusiva con una de ellas, que podría provocarle vivencias de gran dependencia y angustia. Esta formulación tal vez era culpabilizadora, y por esa razón la esquivó diciendo que su padre también era muy protector y que, por otra parte, los dos perros podían representar a sus padres. Esta

interpretación que él mismo hace sobre el control de la escena primitiva se une a un sentimiento a menudo expresado de que se sentía muy culpable de sus conflictos.

V. El proceso en las psicoterapias psicoanalíticas

En la literatura citada anteriormente, no hay informaciones concretas que permitan diferenciar el proceso analítico del de la psicoterapia psicoanalítica. No obstante, en Kernberg (1999) aparece una alusión implícita en relación con la finalidad del análisis, es decir, la integración de la personalidad del analizante, cuyas etapas serían implícitamente las del proceso analítico descritas por los neokleinianos como Meltzer (1967). Este describe cinco fases en el proceso psicoanalítico, que solo pueden ser puntos de referencia en función tanto de la estructura de la personalidad del paciente (psicótica, *borderline*, etc.) como de su edad (adulto, niño). Esas cinco fases son:

1. *La recolección de la transferencia*; las transferencias laterales a diversas personas significativas para el paciente se concentrarán poco a poco en el analista.
2. *La organización de las confusiones geográficas*, muy evidente sobre todo en las organizaciones psicóticas y *borderline*, en las que comienzan a analizarse las confusiones que derivan de las fantasías fusionales y de las confusiones entre sujetos y objetos fantasmáticos.
3. *La organización de las confusiones zonales*, en las que la diferenciación mejor del sujeto pone de relieve el conflicto edípico, aunque hay confusiones regresivas de las zonas erógenas (sexuales, anales, orales, etc.).
4. *El umbral de la posición depresiva*, en el que progresivamente se produce una integración mejor de las fantasías y pulsiones agresivas en las pulsiones libidinales.
5. *El proceso de destete*, en el que la continuación de esta integración depresiva permite abordar el final del análisis y la posibilidad de prescindir del analista.

Widlocher (2008 y 2010) también alude a ello cuando postula que el análisis va dirigido a la creación de un «co-pensamiento» que el analizante hará suyo.

En la psicoterapia psicoanalítica el proceso está marcado por la búsqueda de la atenuación, incluso desaparición, de los síntomas, en la que insisten todos los autores antes citados.

Como ya se ha destacado, el tipo de psicoterapia determina un *setting* específico que contribuye a una modalidad de transferencia y de contratransferencia en función de la «actitud» del psicoterapeuta, y requiere ciertas interpretaciones que tienden a crear procesos específicos con formas de finalización *ad hoc*.

Las intervenciones psicoterapéuticas breves padres-hijos constan de un proceso que incluye entre cinco y doce sesiones; a veces son suficientes dos o tres sesiones, porque el trabajo se hace sobre la «transferencia» preestablecida del padre a su hijo desde su nacimiento, en función de las características y peculiaridades de ese último y de las experiencias infantiles de los padres. Las interpretaciones del psicoterapeuta «ponen en relación» las imágenes del pasado infantil del padre, cuya identificación proyectiva con el hijo determinará la imagen que se forma de él, así como las interacciones conflictivas con él.

El proceso terapéutico se realiza con la reanudación de las identificaciones proyectivas del padre, que «desparasitan» el funcionamiento psíquico del niño. La interpretación complementaria que se hace al niño de sus conflictos estructurales centrales consolida la mejora sintomática de este último. Sin embargo, la reanudación y la elaboración del duelo «real» o «fantasmático» del pasado del padre es lo que consolidará la mejoría tanto de los síntomas del niño como de la calidad de las interacciones con él.

El proceso de las «consultas terapéuticas» individuales es un poco aleatorio, según el efecto de las interpretaciones de los conflictos estructurales centrales. Ahora bien, en el mejor de los casos habría que interpretar esos conflictos en la relación transferencial para continuar la elaboración en la transferencia de la angustia de abandono cuando se aborda la finalización de las consultas.

Ilustración clínica

Ricardo

En las sesiones siguientes, el niño pone de relieve que se ha enfadado a menudo con su madre que protegía a su hermanito. «Entonces le dije: tú proteges al que llora». «Comprendimos todo mi problema y ya no tengo ideas mágicas cuando me enfado». «Vimos una película de muertos vivientes que salían de la tumba —sería genial; así podría conocer a mi abuelo Vicente si sale de la tumba por arte de magia—. Ricardo quiere ser abogado como su abuelo o cirujano.

En la sesión anterior a mis vacaciones de verano, dice que tuvo dos sueños y que le dijo a su madre que quería morir. «Pero para fastidiarla (se echa a reír), ¡no era verdad!». «En uno de los sueños jugaba con una máquina electrónica (DS), que mezcla el agua con la tierra y la gente la bebía. ¡Puaj!» (ríe). «¡Mis padres y mi hermano también bebían!». «En el otro sueño tenía una pistola que tiraba y apagaba la luz incluso de las linternas». «En el sueño era mi cumpleaños y me habían regalado ese juego y esa pistola para molestar a la gente por diversión» (ríe), «para que beban agua sucia como la caca (sigue riendo)». Le pregunto: «¿Por qué crees que para fastidiar a tu mamá le dijiste de nuevo que querías morir?». Ricardo: «Estaba celoso porque le hacía más mimos a Antonio». Añado: «El otro día dijiste que habíamos comprendido todo tu problema y, al decir otra vez que quieres morir, es como si también quisieras fastidiarme a mí. Quitarme la luz como en el otro sueño y decirme “no ha entendido nada de mi problema que empieza de nuevo. ¡No ve nada!”». Ricardo me mira sorprendido: «¡No! ¿Por qué iba a decir eso?». «Porque estás enfadado conmigo y celoso, porque me voy dos meses de vacaciones». «No lo sabía y me gusta venir aquí. ¡Es cierto!». «Y tienes miedo de decirme que estás enfadado conmigo. Cuando dices que quieres morir lo haces para fastidiar a tu mamá, pero también a mí». Se queda callado. «¡Sí! El otro día oí que estarías fuera mucho tiempo». Se pone a jugar por primera vez con un cocodrilo y un tigre y un hombre que se dirige hacia ellos. «¡El tigre se lo come y está muerto!». «No, ha sido un rasguño, lo llevan al hospital; no está muerto, está curado». «Vamos a poner barreras solamente para el tigre y el cocodrilo que son animales peligrosos. Y no para las vacas, toros y caballos».

Comentarios

La capacidad simbólica de este niño que muestra en sus sueños sus fantasías sádico-anales, así como el deseo de luz y de conocimiento, expresado desde la primera sesión, es asombroso. Se trata de envidia y celos del

objeto parcial materno nutricio y «continente». Puede manifestar esa envidia casi directamente ante su madre diciéndole de manera explícita que ha dicho que quiere morir para fastidiarla.

En cambio, le resulta más difícil expresarla en la relación transferencial. Transferencia de un objeto nutricio (que permite tomar y «comprender») idealizado desde el final de la primera sesión, que alivió sus angustias depresivas. Ese alivio le ha permitido movilizar mecanismos de defensa más adaptados e instaurar un funcionamiento hipomaniaco con el despliegue de distintas modalidades de expresión simbólica de sus conflictos.

No obstante, y vale la pena repetirlo, la capacidad de simbolización de los conflictos pulsionales no equivale a su integración con transformación y resolución de esos conflictos. El simbolismo permite una expresión indirecta en la conciencia, por medio de los símbolos, de los conflictos rechazados, manteniéndolos a la vez inconscientes y rechazados. La simbolización es, por tanto, un mecanismo de defensa, aunque sea el mecanismo más suave y el que mejor permite la integración.

Por eso el paso por medio de la transferencia de la conflictividad central (Kernberg), es decir, los celos y la rabia ante la exclusión y el abandono, parece que ha permitido un alivio mayor de sus angustias depresivas con la aparición, en el juego, de la anulación retroactiva, mecanismo de defensa típicamente obsesivo.

Moses Laufer propuso la noción de «fantasía masturbatoria central», cuyo «contenido encierra las diferentes satisfacciones regresivas y las principales identificaciones sexuales». Una vez alcanza la adolescencia, el joven ha de hacer el duelo de los padres edípicos de la infancia e integrar el cuerpo sexual en una nueva configuración fantasmática. Esa fantasía masturbatoria central, que incluye las distintas satisfacciones posibles con una imagen de sí mismo y de los demás, es una formación universal. Solo en los casos patológicos se asocia a una ruptura del desarrollo que Laufer propuso llamar «breakdown» (Laufer y Egle-Laufer, 1984).

Otto

A mi regreso de vacaciones, Otto anula la primera sesión a causa de un viaje y vuelve quince días más tarde. En el trabajo las cosas van cada vez mejor, por eso viaja tanto, pero está a punto de mudarse y romper con la chica con la que está viviendo aquí para irse a pasar las vacaciones de Navidad a España, con la otra. Ha tenido un sueño en el que él y su hermana están patinando con su madre y él busca a su padre ausente. Lo asocia con el sueño del verano pasado con los dos perros y su miedo a sentirse atrapado por su madre, que lo llama constantemente, según dice, al acercarse las vacaciones de Navidad.

De hecho, unas semanas más tarde reproduce un sueño en el que se halla de nuevo en el jardín de la hermosa casa de su infancia con toda la familia, y aparece una ardilla; su perro la atrapa por el cuello, sin herirla, y la deja junto a él. Se va con el perro que le sigue hasta la piscina y entran en un túnel y un parking subterráneo, como un búnker, donde hay restos de una civilización antigua griega o romana, pero en cuanto entran la puerta del parking se cierra. A pesar de la angustia, encuentra la salida de emergencia y sale a una céntrica avenida de Madrid. En la puerta de salida ve el mecanismo que permite abrir el parking. Lo asocia con la angustia de sentirse atrapado y encerrado por antiguas raíces, pero conoce el mecanismo de salida.

En la última sesión antes de las vacaciones de Navidad, resulta difícil concertar un nuevo encuentro antes de un mes debido a sus viajes. Dice que ha tenido dos sueños. En el primero está en un coche automático sobre raíles con dos mujeres en una playa española. En el segundo sueña que ronca, pero cuando tose para aclararse la garganta saca un mechón de cabellos rubios, como los de la chica que está con él de vacaciones y los de su madre. Lo asocia con la sensación de asfixia que le producen las numerosas llamadas telefónicas y mensajes de su madre para que vaya a pasar la Navidad a Madrid, mientras él sueña con ir a la playa unos días para navegar y sentirse libre.

Cuando se acerca el final de la sesión se da cuenta de que apenas nos hemos visto en unas pocas sesiones desde las vacaciones de verano y que la reanudación será dentro de más de un mes. Le indico que con esa frecuencia de sesiones no hay peligro de que se sienta atrapado y asfixiado por mí, como por su madre. Ríe a carcajadas y dice: «Es cierto, aunque esas sesiones son mi búnker (del garaje del sueño) donde hallo un refugio entre viaje y viaje. Cuando estoy en Ginebra mi prioridad son las sesiones».

Comentarios

Poco a poco sus sueños edípicos de la exclusión de su padre, que está ausente cuando él patina con su madre y su hermana, se transforman en una sensación cada vez más clara de miedo a ser atrapado (sueño del garaje

búnker con restos antiguos) o asfixiado (sueño del mechón de cabellos en la garganta) por el objeto maternal, que es el origen de sus dificultades para comprometerse con una mujer; dificultades que se atenúan considerablemente tras el abandono de la casa de la chica con la que ha roto la relación y la perspectiva de quince días de vacaciones con su actual compañera.

Antes de las vacaciones de Navidad reconoce el miedo a quedar atrapado en la relación con el terapeuta con sesiones esporádicas por culpa de sus viajes. Sin embargo, está convencido de que nuestras sesiones son su refugio, el «búnker» —dice— con restos antiguos que aparece en su sueño, y concede prioridad a las sesiones cuando vuelve a Ginebra.

VI. La finalización de la psicoterapia psicoanalítica

Como ya hemos visto, el psicoanálisis termina cuando la pareja analítica considera que el proceso de integración de la personalidad del analizante es suficiente (Kernberg, 1999) para permitir la incorporación, por parte del analizante, de la función analítica que va acompañada de la elaboración del duelo de la relación con el analista. Eso coincide con lo que Widlocher (2010) denomina internalización del «co-pensamiento».

En cambio, el final de la psicoterapia analítica básicamente está relacionado con la desaparición de los síntomas, aunque asimismo es esencial la elaboración del duelo de la relación psicoterapéutica en la que vamos a insistir.

Las modalidades de finalización son distintas según el tipo de psicoterapia. Las intervenciones psicoterapéuticas breves padres-hijos (consultas terapéuticas) pueden interrumpirse en cuanto se produce una mejora sistemática del niño, que deriva de los cambios de las interacciones padres-hijo.

Recordemos que nuestras interpretaciones y nuestras «puestas en relación interpretativas» tienen como objetivo las «transferencias» de aspectos de su pasado que los padres hacen a su hijo: aspectos de ellos mismos como niños o de sus padres, hermanos y hermanas o de otras personas significativas. La recuperación de las identificaciones proyectivas parentales enfrenta a esos padres con la reelaboración de los duelos «reales» o «fantasmáticos» de su pasado. Cuando los padres se enfrentan con sus duelos es conveniente abordar la finalización de las entrevistas regulares para evitar que se establezca una «transferencia de resistencia» (sexual o agresiva) respecto del psicoterapeuta por parte de uno u otro padre.

No obstante, podemos planificar otras sesiones de evaluación posteriores para analizar la elaboración de los duelos de los padres y realizar otra serie de consultas terapéuticas. A veces, al revisar los síntomas del niño y su funcionamiento psíquico se ve la necesidad de prescribir una psicoterapia individual.

Por consiguiente, en las «consultas terapéuticas», ya sea con padres e hijos, o bien individuales con niños, adolescentes o adultos, el psicoterapeuta cuenta con la capacidad de los sujetos para elaborar el duelo de la relación psicoterapéutica. Esto también es válido para las psicoterapias individuales «focales», donde los conflictos estructurales centrales se interpretan en la transferencia, junto con el duelo de la relación con el psicoterapeuta. En el caso de que la finalización resulte difícil porque provoca regresiones y síntomas, habría que reconsiderar el *setting* propuesto y contemplar la posibilidad de una psicoterapia psicoanalítica a largo plazo.

Ese mismo razonamiento también es válido para juzgar la modalidad de finalización de la psicoterapia psicoanalítica sin un término previamente fijado. El trabajo elaborativo en la relación transferencial de los conflictos estructurales fundamentales del sujeto llevará a este a manifestar el deseo de poner fin a la psicoterapia.

Es muy importante reconocer esos deseos de autonomía y de independencia de la parte adulta, tanto cuando son expresados de manera consciente por el sujeto como cuando este tiende a rechazarlos y a mantenerlos preconscientes por miedo a herir al psicoterapeuta (que se percibe como un padre superyoico que exige sumisión y fidelidad infantil). En estas circunstancias, el psicoterapeuta ha de reconocer no solo los deseos de independencia del sujeto, sino también la naturaleza de los conflictos que impiden manifestarlos.

Es fundamental, no obstante, darse un tiempo para terminar una psicoterapia individual en buenas condiciones. Lo ideal sería, como aconseja Etchegoyen para los análisis, que también en estos casos se pudiera anunciar el final con seis meses de antelación para trabajar el duelo de la finalización antes y después de dos períodos de vacaciones. El tiempo de elaboración del duelo de finalización no debería ser inferior a tres meses, para que en ese período se produjera al menos la separación de un período de vacaciones, lo que permitiría trabajar las angustias suscitadas por esta separación. Evidentemente, el objetivo es elaborar las angustias de abandono y de separación, los sentimientos de amenaza infantil que suscitan, así como las reacciones defensivas, sobre todo agresivas, durante la transformación narcisista primitiva de pasivo a activo, cuando las vivencias de amenaza son demasiado inquietantes.

En otras palabras, para que una psicoterapia psicoanalítica finalice bien es esencial elaborar las angustias depresivas de separación estrechamente unidas a las fantasías infantiles agresivas omnipotentes. Pero asimismo es fundamental sostener la parte adulta de la personalidad del sujeto para seguir con el proceso de introspección y la continuación de la comprensión de sus conflictos fundamentales, función asumida hasta entonces por el psicoterapeuta. La acción psicoterapéutica durante la finalización está dirigida a reforzar la función analizante de la parte adulta de la personalidad. Para eso es importante mostrarle «de facto» al sujeto que nosotros deseamos que asuma su autonomía y que lo ayudaremos a comprender los movimientos regresivos provocados por las angustias de finalización; esto es especialmente importante en el caso de los niños, que tienen más dificultades para manifestar las capacidades de autoanálisis, como muestra la siguiente viñeta.

Ilustración clínica

Sesiones siguientes y finalización del caso de Ricardo

En las sesiones siguientes, Ricardo habla de sus actividades en la escuela, donde en Matemáticas saca muy buenas notas, que antes no eran tan buenas. Reconoce que está muy celoso de que su hermano haya adelantado un curso y se acerque a él. «¡Dije que quería que muriese!» y a mamá no le gustó. Pero es que estaba enfadado porque me va a pillar.

En una sesión explica un sueño en el que su amigo Ricky hacía el payaso y había puesto espejos en el suelo para ver las bragas de las niñas y le dice a la maestra: «¡Sus bragas son transparentes! ¡Se le ve el culo!» (ríe). Le digo que se interesa por saber cómo son las mujeres y las niñas, pero solo habla de culos, como si

fuera un niño pequeño. «Tengo una novia, pero se marcha a Madrid y no la veré en una semana. ¡Pero yo hago jogging y deportes de resistencia con mi padre!».

De hecho, casi siempre habla de sus actividades con los otros niños fuera de la escuela y explica que a veces no tiene ganas de venir a las sesiones. Por otra parte, siente muchos celos de los otros niños a los que veo, pero se guarda mucho de decírmelo abiertamente. En cambio, no le da vergüenza decir a sus padres que no es justo que lo riñan cuando pega a su hermano, que le ha pegado antes sin que ellos lo vieran. «Mis padres son buenos, si ven que él me pega, le riñen». «Y en la escuela, cuando Rico me dijo: “¡no eres mi amigo!”; yo le dije: “imbécil”. Y además la maestra le riñó». «Me gustaría dejar de venir después de las vacaciones, ¡porque sé defenderme solo! ¡Y además no puedo ir al entrenamiento de fútbol a causa de la sesión! Pero quiero estar seguro de que no se enfadará».

Fijamos el final coincidiendo con el comienzo de las vacaciones, tres meses más tarde, tal como él deseaba, y en la última sesión me asegura antes de irse: «Si alguna vez tengo problemas para defenderme lo llamaré enseguida, ¿de acuerdo?»». «¡Por supuesto!».

Comentarios

Ricardo sigue siendo un niño reflexivo y muy razonable, pero mucho más capaz de autoafirmarse tanto en la familia como en la relación transferencial, en la que puede manifestar sus celos y sus demandas. Al mismo tiempo realiza muchas más actividades con sus compañeros, niños y niñas por las que se siente claramente atraído. También le gustan las actividades deportivas como el fútbol, para cuya práctica la psicoterapia ha sido un obstáculo estos últimos meses.

No obstante, sabe que puede volver siempre que lo necesite y tiene interés en asegurar esa posibilidad al acabar la última sesión.

Recordemos, una vez más, que en el caso de resistencias importantes con recaídas sintomáticas, y hasta reacciones terapéuticas negativas, es importante reconsiderar la decisión tomada. La idea freudiana de que «el león salta una sola vez» y de que habría que respetar la fecha de finalización es una «actitud psicoterapéutica» algo rígida, semejante a una reacción contratransferencial de decepción por parte del psicoterapeuta.

Como vemos, el proceso y la forma de finalizar la psicoterapia psicoanalítica se parecen bastante a los del psicoanálisis. También en este caso podemos decir, a modo de resumen, que el criterio básico para fijar la fecha de finalización de la psicoterapia es la calidad del proceso y la consistencia de la integración de la personalidad del paciente. Evidentemente, como se trata de un criterio relativo, es importante que haya un acuerdo sobre la finalización entre el terapeuta y el paciente, precisando que el terapeuta debe procurar que no prevalezca su criterio, lo que sería de nuevo una reacción contratransferencial para liberar las fantasías transferenciales que la provocan. Si el terapeuta realiza el trabajo de elaboración contratransferencial de sus angustias infantiles de separación y pérdida transferidas al paciente podrá continuar analizando las angustias de separación, las reacciones defensivas del paciente y la integración de la posición depresiva, respetando su autonomía y su independencia; de este modo puede instalar su propia función analizante de la forma más amplia posible.

Anexo. La elección teórica del analista

Como toda teoría, el enfoque teórico del terapeuta constituye un modelo, un intento de comprensión simplificada de la realidad externa (la clínica, los pacientes), pero también, sin duda, una comprensión de su propia realidad interna (su funcionamiento psíquico). Por eso es también una especie de secundarización y/o de racionalización (resistencia).

Además, la teoría de cada terapeuta, lo que podemos llamar su modelo operacional, es de naturaleza consciente, pero con una proporción variable de elementos implícitos, no conscientes o preconscientes.

En nuestra opinión, las fuentes y los factores que contribuyen a establecer la teoría operacional de cada uno pueden ser analizados. Podemos resumirlos como sigue de forma no exhaustiva (Manzano, 2007).

- *La propia estructura de la personalidad previa al análisis*

Las experiencias con los demás a lo largo de la vida, la formación de base y la experiencia profesional previa de cada terapeuta: desde las más cercanas —ciencias empíricas, patología general, psicología— a las más vinculadas a las ciencias sociales, a la filosofía y a los campos literarios y artísticos.

- *La experiencia de su propio análisis y el autoanálisis*

La personalidad y el modelo teórico de su analista. La evolución del análisis personal necesariamente comprenderá *insights*, y también resistencias; ese factor influirá en la elección del modelo teórico más significativo para él, pero también el que favorece sus resistencias.

- *El aprendizaje, la formación teórica y clínica en psicoanálisis y psicoterapia*

Eso supone necesariamente la toma de contacto con la obra de Freud y de sus sucesores. Intervienen asimismo varios elementos:

- La tradición cultural del medio de formación.
- El modo de aprendizaje dominante: oral o escrito.

- La secuencia y el orden de contacto con los textos. El momento de la evolución personal en que se descubre un autor o un texto determinado.
- El valor de *insight* que representa específicamente ese texto concreto en ese momento es muy evidente, en relación con los diferentes aspectos cronológicos o no de la obra de Freud, y determinará la elección de una parte de la obra de Freud.
- En el caso de la transmisión oral, siempre se produce un clima de identificación. La influencia y las características de esta identificación pueden situarse entre dos extremos: el de la distancia empática, pero crítica y personal, y el de la identificación narcisista «mimética» y alienante con un maestro carismático o brillante idealizado, semejante a un gurú, equivalente al líder de masas y de grupo descrito por Freud, en el que cada miembro del grupo proyecta su ideal del yo que se convierte en un ideal común y un grupo uniforme, con el riesgo de conducta sectaria que ya conocemos.

• *La experiencia clínica y terapéutica con los pacientes*

El peso de este factor —la clínica— en la constitución del modelo aumenta con el tiempo y empuja al terapeuta a un desarrollo de su personalidad y de su teoría. Esta experiencia aumentará el *insight* y el autoanálisis y, en consecuencia, conduce al enriquecimiento del modelo teórico y a proponer nuevas aportaciones teóricas susceptibles de ser comunicadas a los colegas.

Sin embargo, es evidente que la relación entre la teoría y la clínica real está condicionada por todos los factores enumerados, que pueden llevarnos a una determinada elección de pacientes y a una forma de aprehensión personal de aquella.

Hay que destacar especialmente el aspecto identitario. Toda teoría personal está catectizada narcisísticamente y, por ello, pone en juego nuestra autoestima. De ello deriva una tendencia al cierre y a la negación de la realidad clínica o a otras teorías que se contradicen o rompen con la nuestra. Esto puede provocar conflictos violentos en el grupo (enemigo «herético» atacado).

Recordemos el comentario de Freud a propósito de la gran resistencia de la humanidad a aceptar las constataciones de la realidad que chocaban con las teorías de valor narcisista, defensivo e identitario: que la Tierra no es el centro del universo, que el hombre no es radicalmente distinto a los animales y que no es dueño consciente de sí mismo. Darwin escribió: «Cuando encuentro un hecho que podría ser contrario a mi teoría de la evolución, tengo que anotarlo inmediatamente; de lo contrario, lo olvido».

Conclusión

Podemos estudiar el peso relativo de cada uno de los elementos que influyen en la constitución de nuestra teoría y creemos que es una labor que debemos hacer cada uno de nosotros.

En la medida en que nuestro análisis o nuestro autoanálisis nos permite avanzar en esta labor y si nuestra teoría es suficientemente buena, lógicamente hallaremos una mayor *continuidad* entre nuestro modelo y el clínico.

No obstante, también se producirá una ruptura entre teoría y clínica. Todos lo sabemos, pero en la práctica tenemos tendencia a olvidarlo. Bion dijo que esa ruptura era la base misma del pensamiento y del desarrollo psíquico del niño. Aceptar la realidad de lo que no está ahí —la ausencia del objeto— era el centro de su teoría del pensamiento. En relación con la labor central del clínico, eso significa la necesidad de aceptar la *incertidumbre*.

Bibliografía

- ABELLA, A. (2008). «La construcción, entre una psicoanálisis de contenidos y una psicoanálisis de procesos: transformación o defensa?». En *Revue française de psychanalyse* 5:1631-1640.
- ABELLA, A. (2008). «L'après-coup en psychoanalyse et en psychothérapie d'enfants». En *Psychothérapies* 30 (3):159-165.
- ABELLA, A. (2011). «La problématique de la construction». En *La construction en psychoanalyse. Récupérer le passé ou le réinventer*. París: PUF, Le Fil rouge.
- ABELLA, A. (2012). «La séduction dans la cure des adolescents: Oedipe et/ou Narcisse». En *Revue française de psychanalyse* 76 (5):1479-1484.
- ABRAHAM, K. (1924). «Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychoanalyse des troubles mentaux». En *Œuvres complètes*, vol. 2 (1915-1925). París: Payot, 1966.
- ABRAHAM, K. (1927). *Œuvres complètes*, vol. 1 (1907-1914). París: Payot, 1966.
- ALEXANDER, F. (1957). *Psychoanalysis and psychotherapy*. Londres: Allen & Unwin [trad. cast.: *Psicoanálisis y psicoterapia: progresos alcanzados en la teoría, la técnica y el adiestramiento*. Buenos Aires: Psique, 1960].
- ÁLVAREZ DE TOLEDO, L. (1954). «El análisis del asociar, del interpretar y de las palabras». En *Revista de psicoanálisis* 11 (3): 267-313.
- ANZIEU, D. (1975). «Le transfert paradoxal». En *Nouvelle Revue de psychanalyse* 12:49-72.
- ANZIEU, D. (1985). *Le Moi-Peau*. París: Dunod.
- ANZIEU, D. (1986). «Sur quelques modifications du moi qui rendent les analyses interminables». En *Revue française de psychanalyse* 5:1479-1489.
- BARANGER, M. y BARANGER, W. (1961-1962). «La situación analítica como campo dinámico». En *Revista uruguaya de psicoanálisis* 4 (1):3-54.
- BARANGER, W. y BARANGER, M. (1969). *Problemas del campo psicoanalítico*. Buenos Aires: Kargieman.
- BION, W. R. (1970). *Attention and interpretation*. Londres: Tavistock [trad. cast.: *Atención e interpretación*. Buenos Aires: Paidós, 1974].
- BION, W. R. (1974). «Différenciation de la part psychotique et de la part non psychotique de la personnalité». En *Nouvelle revue de psychanalyse* 10:61-78.
- BLASS, R. (2010). «An introduction to "Distinguishing psychoanalysis from psychotherapy"». En *The International Journal of Psychoanalysis* 91:15-21.
- BLEGER, J. (1967). *Simbiosis y ambigüedad: estudio psicoanalítico*, Buenos Aires:

- Paidós.
- BLUM, H. P. (1999). «The reconstruction of reminiscence», en *Journal of the American Psychoanalytic Association* 47 (4):1125-1143.
- BOKANOWSKI, T. (2000). «Regards sur le traumatisme en psychanalyse: une perspective historique», en *Actualités psychosomatiques* 3:31-50.
- BOTELLA, C. y S. (2001). *La figurabilité psychique*. París: In Press.
- BRACONNIER, A. (2002). «Recherches sur l'alliance thérapeutique et l'analysabilité». En *Psychothérapies* 1:21-28.
- BRETTE, F. (1988). «Le traumatisme et ses théories». En *Revue française de psychanalyse* 52 (6):1259-1284.
- BUSCH, F. (2010). «Distinguishing Psychoanalysis from Psychotherapy», en *International Journal of Psychoanalysis* 91:23-34.
- CANESTRI, J. (2010). Comunicación personal.
- CANESTRI, J. (2011). «Les constructions dans la pratique analytique». En J. Manzano y A. Abella, *La construction en psychanalyse. Récupérer le passé ou le réinventer?* París: PUF [trad. cast.: *La construcción en psicoanálisis. ¿Recuperar el pasado o reinventarlo?* Madrid: APM, 2015].
- CAPER, R. (1992). «Does psychoanalysis heal? A contribution to the theory of psychoanalytic technique». En *International Journal of Psychoanalysis* 73:283-292.
- CAPER, R. (1999). «Does psychoanalysis heal?». En *A mind of one's own*. Londres: The new library of psychoanalysis, Routledge.
- CAPER, R. (1999). «Psychoanalysis and suggestion: reflections on James Strachey's "The nature of the therapeutic action of psychoanalysis"». En *A mind of one's own*. Londres: The new library of psychoanalysis, Routledge.
- CAPLAN, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Nueva York, Basic Books [trad. cast.: *Principios de psiquiatría preventiva*. Barcelona: Paidós, 1966].
- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (1973). «L'Idéal du Moi». En *Revue française de psychanalyse* 37 (5-6).
- CLARKIN, J. F., LEVY, K. L., LENZENWEGER, M. F. y KERNBERG, O. (2007). «Evaluating three Treatments for borderline personality disorder: a multiwave study». En *American Journal of Psychiatry* 164:1-8.
- CRAMER, B. y PALACIO ESPASA, F. (1993). *La technique des psychothérapies mères-bébés. Études cliniques et théoriques*. París: PUF.
- CRAMER, B., ROBERT-TISSOT, C. y RUSCONI SERPA, S. (2002). *Du bébé au préadolescent. Une étude longitudinale*. París: Odile Jacob.
- DAYAN, M. (1995). *Trauma et devenir psychique*. París: PUF.
- DENIS, P. (2012). *Le narcissisme*. París: PUF.
- DIATKINE, G. (2012). «Psychothérapies, psychanalyse, psychothérapie psychanalytique». En *Perspectives psychiatriques* 51 (4):331-335.
- DIATKINE, R. (1975). Docencia en Ginebra.
- DONET, J.-L. (2005). *La situation analysante*. París: PUF.
- ERIKSON, E. H. (1968). *Adolescence et crise. La quête de l'identité*. París: Flammarion.

- ETCHEGOYEN, R. H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- FELDMAN, M. (1993). «The dynamics of reassurance». En *International Journal of Psychoanalysis* 74:275-285.
- FENICHEL, O. (1941). *Problems of Psychoanalytic Technique*. Nueva York: The Psychoanalytic Quarterly [trad. cast.: *Problemas de técnica psicoanalítica*. México: Pax-México, 1960].
- FERENCZI, S. (1932), *Diario clínico*. Buenos Aires: Conjetural, 1988.
- (1933), «Confusión de lengua entre los adultos y el niño». En *Problemas y métodos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé, 1966.
- FERRO, A. (2004). *Seeds of illness, seeds of recovery. The genesis of suffering and the role of psychoanalysis*. Londres: The New library of psychoanalysis, Routledge.
- FERRO, A. (2005). «Réflexions à propos de l'interprétation», en *Bulletin de la Fédération Européenne de Psychanalyse* 59:44-46.
- FINE, A. (2002). «L'élaboration des traumatismes précoces dans la cure», *XLIV séminaire de formation permanente*, París: SSP.
- FONAGY, P. *et al.* (2000). «Playing with reality III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients». *Borderline Symposium*. Múnich: Institut of Ger. Psych. Ass.
- FREUD, S., (1920). *Más allá del principio del placer*. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. I.
- FREUD, A. (1936). *El yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona: Paidós, 1981.
- FREUD, S. (1895). *La histeria*. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. I.
- FREUD, S. (1887-1902). *Los orígenes del psicoanálisis. Cartas a Wilhem Fliess. Manuscritos y notas de los años 1887 a 1902*. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. III.
- FREUD, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. I.
- FREUD, S. (1905). *Análisis fragmentario de una histeria (Dora)*. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. II.
- FREUD, S. (1910). *Técnica psicoanalítica*. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. II.
- FREUD, S. (1911). «El empleo de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis». En *Técnica psicoanalítica, Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. II.
- FREUD, S. (1912). «Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico». En *Técnica psicoanalítica, Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. II.
- FREUD, S. (1912). «La dinámica de la transferencia». En *Técnica psicoanalítica, Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. II.
- FREUD, S. (1912). *Los dos principios del suceder psíquico*. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. II.
- FREUD, S. (1913). «La iniciación del tratamiento». En *Técnica psicoanalítica, Obras*

- completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. II.
- FREUD, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. I.
- FREUD, S. (1914). «Recuerdo, repetición y elaboración». En *Técnica psicoanalítica, Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. II.
- FREUD, S. (1915). «Lo inconsciente». En *Metapsicología, Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. I.
- FREUD, S. (1915). *Los instintos y sus destinos*. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. I.
- FREUD, S. (1916-1917). *Introducción al psicoanálisis*. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. II.
- FREUD, S. (1921). *Psicología de las masas*. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. I.
- FREUD, S. (1923). *El Yo y el Ello*. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. II.
- FREUD, S. (1925). *La negación*. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. II.
- FREUD, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. II.
- FREUD, S. (1937). *Construcciones en psicoanálisis*. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. III.
- FREUD, S. (1938). *Compendio del psicoanálisis*. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. III.
- FREUD, S. (1939). *Moisés y la religión monoteísta*. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967-1968, vol. III.
- GILL, M. (1982). *Analysis of transference: theory and technique*, vol. 1, Nueva York: Madison C. T. New York Int. Univ. Press.
- GIOVACCHINI, P. L. (1971). «Fantasy formation, ego defect and identity problems». En *Psychoanalysis of character disorders*. Nueva York: Londres: Jason Aronson.
- GOLSE, B. (2010). *Les destins du développement chez l'enfant. Avenirs d'enfance*. Toulouse: Érès.
- GOOD, M. I. (1998). «Screen reconstructions: traumatic memory, conviction and the problem of verification». En *Journal of the American Psychoanalytic Association* 46 (1):149-183.
- GREEN, A. (1993). *Le travail du négatif*. París: Éditions de Minuit [trad. cast.: *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu, 1994].
- GREEN, A. (1995). *Propédeutique: la métapsychologie revisitée*. París. Champ Vallon [trad. cast.: *La metapsicología revisitada*. Buenos Aires: EUDEBA, 1996].
- GREENSON, R. R. (1967). *The Technique and Practice of Psycho-Analysis*. Londres: Hogarth Press.
- GRINBERG, L. (1962). «On a specific aspect on countertransference due to the patient's projectives identification». En *International Journal of Psychoanalysis* 43:436-440.

- GRUBRICH-SIMITIS, I. (1988). «Trauma or drive-drive and trauma. A reading of Sigmund Freud's philogenetic Fantasy of 1915». En *The Psychoanalytic study of the child* 43:3-32.
- HEIMANN, P. (1950). «On countertransference». En *International Journal of Psychoanalysis* 31:81-84.
- HINSHELWOOD, R. D. (1989). *A Dictionary of Kleinian Thought*. Londres: Free Association Books [trad. cast.: *Diccionario del pensamiento kleiniano*. Buenos Aires: Amorrortu, 1992].
- ISAACS, S. (1948). «The nature and function of phantasy». En *Developments in Psycho-Analysis*. En M. Klein, P. Heiman, S. Isaacs y J. Riviere, eds. Londres: Hogarth, 1952 [trad. cast.: «Naturaleza y función de la fantasía». En M. Klein, P. Heimann, J. Riviere y S. Isaacs, *Desarrollos en psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé - Paidós, 1967].
- JANIN, C. (1996). *Figures et destins du traumatisme*. París: PUF.
- JEAMMET, P. (2005). Docencia en Ginebra.
- JOSEPH, B. (1985). «Transference: The total situation». En *International Journal of Psychoanalysis* 66 (4):447-454.
- JOSEPH, B. (2003). «Éthique et passage à l'acte». En *Bulletin de la Fédération Européenne de Psychanalyse* 57:157-164.
- KÄCHELE, H. (2010). «Distinguishing psychoanalysis from psychotherapy». En *The International Journal of Psychoanalysis* 91:35-43.
- KERNBERG, O. (1984). *Les troubles graves de la personnalité*. París: PUF [trad. cast.: *Trastornos graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas*, México, El Manual Moderno, 1987.
- KERNBERG, O. (1999). «Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: Contemporary controversies». En *International Journal of Psychoanalysis* 80:1075-1091.
- KERNBERG, O. (2002). Conferencia, Sociedad española de psicoanálisis, Barcelona.
- KERNBERG, O. (2010). «A critique of Neo-Bionian and Relational Psychoanalysis». Conferencia en la Sociedad española de psicoanálisis, Barcelona.
- KERNBERG, O., YEOMARIS, F. E., CLARKIN, J. F. y LEVY, K. N. (2008). «Transference focused psychotherapy». En *The International Journal of Psychoanalysis* 89:601-620.
- KLAUBER, J. (1972). «On the relationship transference and interpretation in psychoanalysis therapy». En *The International Journal of Psychoanalysis* 59:385-391.
- KLEIN, M. (1928). «Early stages of the Oedipus conflict». En *The International Journal of Psychoanalysis* 9:167-180.
- KLEIN, M. (1948). «Contribuciones al psicoanálisis». En *Obras completas*. Buenos Aires: Paidós-Hormé, 1974-1978.
- KLEIN, M. (1952). «The origin of transference». En *International Journal of Psychoanalysis* 33:433-438.
- KLEIN, M. (1957). «Envidia y gratitud». En *Obras completas*. Buenos Aires: Paidós-

- Hormé, 1974-1978.
- KLEIN, M. (1961). «Relato del psicoanálisis de un niño». En *Obras completas*. Buenos Aires: Paidós-Hormé, 1974-1978.
- KLEIN, M. *et al.* (1946). «Notas sobre algunos mecanismos esquizoides». En *Obras completas*. Buenos Aires: Paidós-Hormé, 1974-1978.
- KLIMOWSKY, G. (1982). «Concepto de proceso». En *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*: 7-10 (citado por Etchegoyen, 1986).
- KNAUER, D. y PALACIO ESPASA, F. (2010). *La destinée des bébés peut-elle changer?* París: PUF.
- KOHUT, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorder*. Chicago: University of Chicago Press [trad. cast.: *Análisis del self: el tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 2001).
- KRIS, E. (1956). «On some vicissitudes of insight in Psychoanalyse». En *International Journal of Psychoanalysis* 37:443-455.
- LACAN, J. (1951). *Intervention sur le transfert. Les écrits techniques de Freud*. París: Seuil [trad. cast.: «Intervención sobre la transferencia». En *Escritos I*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2013].
- LACAN, J. (1954-1955). *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse (S II)* [trad. cast.: «El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica». En *El seminario de Jacques Lacan 2*. Buenos Aires: Paidós, 2008].
- LAPLANCHE, J. (1986). «De la théorie de la séduction restreinte à la théorie de la séduction généralisée». En *Études freudiennes* 27.
- LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J.-B. (1968). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. París: PUF [trad. cast.: *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1996].
- LAUFER, M. y EGGLE-LAUFER, M. (1984). *Adolescence and developmental breakdown*. New Haven, London Yale Univ. Press.
- LEARY, K. R. (1989). «Psychoanalytic process and narrative process: a critical consideration of Schafer's "Narrational Project"». En *International Review of Psychoanalysis* 16:179-190.
- LEUZINGER-BOHLEBER, M., STUHRAS, U., RÜGER, B. y BEUTEL, M. (2003). «How to study the "quality of psychoanalytic treatments" and their long-term effects on patients' well-being: a representative, multi-perspective follow-up study». En *International Journal of Psychoanalysis* 84:263-290.
- LOCH, W. (1963). *The art of interpretation. Deconstruction and new beginning in the psychoanalysis process*. Londres: International psychoanalytic association, 2006 (citado por Canestri).
- LOEWALD, H. W. (1986). «Transference, countertransference». En *Journal of the American Psychoanalytic Association* 34 (2):275-287.
- LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P., MINTZ, I. y AUERBACH, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*. Nueva York: Basic Books.
- MAHLER, M., PINE, F. y BERGMAN, A. (1975). *The Psychological Birth Of The Human*

- Infant: Symbiosis and Individuation*. Nueva York: Basic Books [trad. cast.: *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Marymar, 1977].
- MANZANO, J. (1989). «La séparation et la perte d'objet chez l'enfant. Un point de vue sur le processus analytique». En *Revue française de psychanalyse* 1:241-272.
- MANZANO, J. (1991). «Transfert narcissique, transfert névrotique et structuration psychique». En *Revue française de psychanalyse* 55 (1):137-141.
- MANZANO, J. (2007). «Comment choisit-on les modèles théoriques en psychanalyse?». En *Bulletin de la Société Suisse de Psychanalyse*.
- MANZANO, J. (2007). «La part des neurosciences dans les constructions psychanalytiques, l'exemple du développement précoce». En *Revue Française de Psychanalyse, Numéro spécial Neurosciences et psychanalyse* 71 (2):327-337.
- MANZANO, J. (2011). «La construction comme une forme d'interprétation». En J. Manzano y A. Abella, *La construction en psychanalyse. Récupérer le passé ou le réinventer*. París: PUF.
- MANZANO, J. y PALACIO ESPASA, F. (2005). *La dimension narcissique de la personnalité*. París: PUF [trad. cast.: *La dimensión narcisista de la personalidad*. Barcelona: Herder, 2008].
- MANZANO, J., PALACIO ESPASA, F. y ZILKHA, N. (1999). *Les scénarios narcissiques de la parentalité*. París: PUF [trad. cast.: *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*, Bilbao: Asociación ALTXA, 2002].
- MARTY, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. París: PUF [trad. cast.: *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu, 1992].
- MARTY, P. y DE M'UZAN, M. (1963). «La pensée opératoire». En *Revue française de psychanalyse* 27:345-356.
- MELTZER, D. (1967). *The psychoanalytic process*. Londres: Heinemann [trad. cast.: *El proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Hormé, 1976].
- MELTZER, D. y HARRIS WILHANIS, M. (1988). *The apprehension of beauty: the role of aesthetic conflict in development*. Perthshire: Clunie Press [trad. cast.: *La aprehensión de la belleza: el rol del conflicto estético en el desarrollo, la violencia y el arte*. Buenos Aires: Spatia, 1990].
- MENNINGER, K. (1958). *Theory of Psychoanalytic Technique*. Nueva York: Basic Books [trad. cast.: *Teoría de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Psique, 1974].
- MONEY-KYRLE, R. E. (1956). «Normal countertransference and some of its deviations». En *International Journal of Psychoanalysis* 37:360-366.
- NANZER, N. (2012). *Manuel de psychothérapie de la parentalité*. París: PUF [trad. cast.: *Manual de psicoterapia centrada en la parentalidad*. Barcelona: Octaedro, 2017].
- NEYRAUT, M. (1974). *Le transfert*. París: PUF [trad. cast.: *La transferencia*. Buenos Aires: E. Corregidor, 1976].
- OGDEN, T. H. (1994). «The analytical third». En *The International Journal of Psychoanalysis* 75:3-19.
- PALACIO ESPASA, F. (1993). *La pratique psychothérapique avec l'enfant*. París: Bayard Press.

- PALACIO ESPASA, F., (2003). Dépression de vie, dépression de mort, Ramonville Saint-Auge, Érès [trad. cast.: *Depresión de vida, depresión de muerte: articulaciones entre la parte psicótica y neurótica de la personalidad*. Sant Boi de Llobregat: Fundació Orienta, 2007].
- PRESS, J. (1999). *La perle et le grain de sable*. París y Lausana: Delachaux y Niestlé.
- PRESS, J. (2011). «L'inoublable, limite de l'analysable». En J. Manzano y A. Abella, *La construction en psychanalyse. Récupérer le passé ou le réinventer*. París: PUF.
- PRESS, J. (2017). *Enjeux métapsychologiques et cliniques de la recherche*. París: PUF.
- PURVES, D., AUGUSTINE, G. et al. (2004). *Neuroscience*. Nueva York: Sinaver Associates [trad. cast.: *Neurociencia*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2006].
- RACKER, H. (1953). «A contribution to the problem of countertransference». En *International Journal of Psychoanalysis* 34:313-324.
- RACKER, H. (1960). *Estudios sobre la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- REICH, W. (1933). *Análisis del carácter*. Barcelona: Paidós, 2005.
- REIK, T. (1933). «New ways in psychoanalytic technique». En *The International Journal of Psychoanalysis* 14:321-334.
- RENIK, O. (1995). «The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure». En *Psychoanalytic Quarterly* 64:466-495.
- RIZZOLATI, G., DARE, C. y HOLDER, A. (2001). «Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation action. Perspectives». En *Nature Reviews/Neuroscience* 2:661-670.
- ROSENFELD, H. (1972). «A critical appreciation of J. Strachey's paper on the nature of therapeutic action of psychoanalysis». En *The International Journal of psychoanalysis* 53:455-461.
- ROSENFELD, H. (1976). *Estados psicóticos*. Buenos Aires: Hormé-Paidós, 2013.
- ROUSSILLON, R. (2000). «Traumatismes et liaisons primaires non-symboliques». En «Traumatismes», *Actualités psychosomatiques*, Association Genevoise de Psychosomatique (AGEPSO) 3:89-109.
- RYCROFT, C. (1968). *A critical dictionary of psychoanalysis*. Nueva York: Basic Books [trad. cast.: *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1976].
- SANDLER, J. y SANDLER, A. (1984). «The past unconscious, the present unconscious: an interpretation of the transference». En *Psychoanalysis Enquiry* 4:367-399.
- SANDLER, J., DARE, C. y HOLDER, A. (1973). *The patient and his analyst: the basis of the psychoanalytic process*. Londres: Allen & Unwin [trad. cast.: *El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós, 1992].
- SCARIATI, G. (s.d.). Comunicación personal.
- SCHAFER, R. (1983). *The analytic attitude*. Nueva York: Basic Books.
- SCHWARTZ, H. P. (2012). «Intersubjectivity and dialectics». En *International Journal of Psychoanalysis* 93 (2):401-425.
- SEARLES, H. (1965). *Collected papers on schizophrenia and related subjects*. Londres: Hogarth Press [trad. cast.: *Escritos sobre esquizofrenia*. Barcelona: Gedisa, 1980].
- SMADJA, C. (2008). *Les modèles psychanalytiques en psychosomatique*. París: PUF [trad.

- cast.: *Los modelos psicoanalíticos de la psicopatología*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2010].
- STEINER, J. (1993). *Psychic Retreats. Pathological Organizations in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients*. Londres: Routledge [trad. cast.: *Refugios psíquicos*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2013].
- STERN, D. (1980). Conferencia inaugural del 1^{er} congreso de la WAIHM. Chicago.
- STERN, D. (1985). *The Interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. Nueva York: Basic Books [trad. cast.: *El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós, 1991].
- STRACHEY, J. (1934). «The nature of the therapeutic action of psycho-analysis». En *The International Journal of Psychoanalysis* 15:127-159.
- VIDERMAN, S. (1970). *La construction de l'espace analytique*. París. Denoël.
- WALLERSTEIN, R. S. (1989). «The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: an overview». En *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57 (2):195-205.
- WILDLOCHER, D. (2008). *Psychanalyse et psychothérapie*. París, Erès.
- WILDLOCHER, D. (2010). «Distinguishing Psychoanalysis from Psychotherapy». En *International Journal of Psychoanalysis* 91:45-50.
- WINNICOTT, D. W. (1947). «Hate in the Countertransference». En *Through Paediatrics to Psychoanalysis: Collected Papers*. Nueva York: Basic Books, 1958 [trad. cast.: «El odio en la contratransferencia». En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós, 1999].
- WINNICOTT, D. W. (1955). «Metapsychological and clinical aspects of regressions within the psycho-analytical setup». En *International Journal of Psychoanalysis* 36:16-26.
- WINNICOTT, D. W. (1960). «Ego distortion and the true and false self». En *The maturational processes and the facilitating environment*. Londres: Hogarth Press, 1965 [trad. cast.: «Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso». En *El proceso de maduración en el niño: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona: Laia, 1975].
- ZETZEL, E. R., (1956). «Current concepts of transference». En *International Journal of Psychoanalysis* 37:369-376.

Información adicional

La psicoterapia se ha convertido en una problemática analítica de pleno derecho. Si bien existe una aceptación bastante general de las nociones técnicas de Freud respecto al análisis de las «organizaciones neuróticas de la personalidad», no ocurre lo mismo con las «organizaciones preneuróticas» o «narcisistas», como los trastornos de la personalidad, los estados límite (*borderline*), la prepsicosis, etc., y que son las más frecuentes en la práctica de hoy en día.

Compendio de técnicas psicoanalíticas, con su aplicación a la psicoterapia analiza la evolución histórica de los conceptos «marco (*setting*)», «transferencia», «contratransferencia», «interpretación», «construcción/reconstrucción» y el «proceso y finalización» en la obra de Freud y en sus sucesores más representativos hasta llegar al momento actual. Asimismo, su lectura facilita el acceso claro a los fundamentos de la práctica vigente, presentando los elementos esenciales de la teoría de la técnica psicoanalítica y el ejercicio que de ella se deriva.

Este texto está especialmente dirigido a psicoanalistas y psicoterapeutas en formación, así como también a los demás profesionales y estudiantes de la salud mental.

JUAN MANZANO, psicoanalista formador de la Société suisse de Psychanalyse (SSPsa), es también psiquiatra de niños, adolescentes y adultos, ex director del Servicio Médico Pedagógico de salud mental y profesor de la Facultad de Medicina de Ginebra.

FRANCISCO PALACIO ESPASA es psiquiatra infantil y psicoanalista, ex director del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente en los Hospitales Universitarios de Ginebra y profesor de la Facultad de Medicina de Ginebra.

ADELA ABELLA es psiquiatra, psicoanalista de la Société suisse de Psychanalyse, y presidenta del Centre de Psychanalyse Raymond de Saussure en Ginebra.

OTROS TÍTULOS

Juan Manzano y Francisco Palacio Espasa

[*La dimensión narcisista de la personalidad*](#)

Antonio Pérez-Sánchez

[*Organización psicótica de la personalidad. Claves psicoanalíticas*](#)

Jorge L. Tizón

[*Apuntes para una psicopatología basada en la relación. Vol. 1*](#)

Apuntes para una psicopatología basada en la relación. Vol. 2

Joan Coderch

Pluralidad y diálogo en psicoanálisis

**VIKTOR EL HOMBRE
FRANKL EN BUSCA
DE SENTIDO**



Herder

El hombre en busca de sentido

Frankl, Viktor

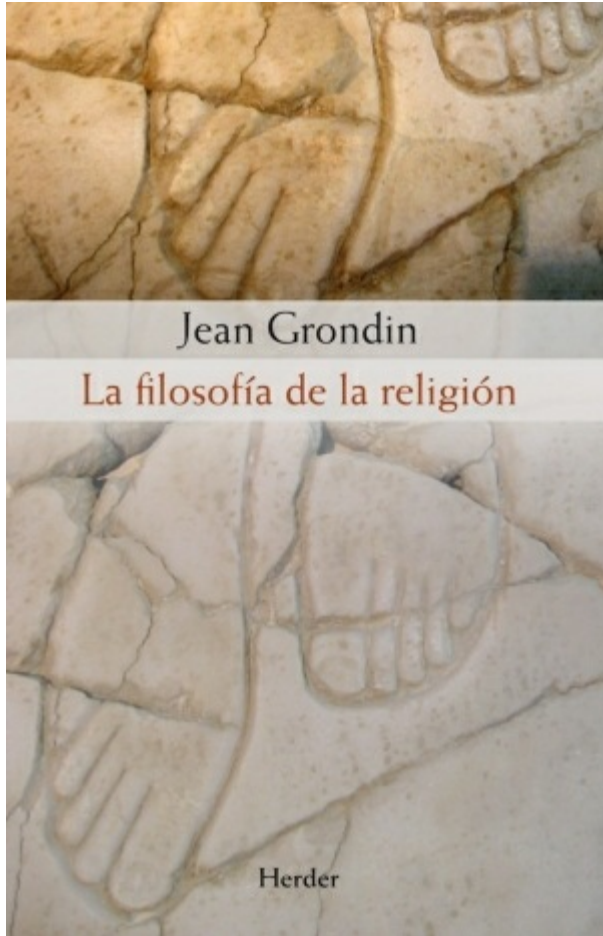
9788425432033

168 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Nueva traducción"El hombre en busca de sentido" es el estremecedor relato en el que Viktor Frankl nos narra su experiencia en los campos de concentración. Durante todos esos años de sufrimiento, sintió en su propio ser lo que significaba una existencia desnuda, absolutamente desprovista de todo, salvo de la existencia misma. Él, que todo lo había perdido, que padeció hambre, frío y brutalidades, que tantas veces estuvo a punto de ser ejecutado, pudo reconocer que, pese a todo, la vida es digna de ser vivida y que la libertad interior y la dignidad humana son indestructibles. En su condición de psiquiatra y prisionero, Frankl reflexiona con palabras de sorprendente esperanza sobre la capacidad humana de trascender las dificultades y descubrir una verdad profunda que nos orienta y da sentido a nuestras vidas. La logoterapia, método psicoterapéutico creado por el propio Frankl, se centra precisamente en el sentido de la existencia y en la búsqueda de ese sentido por parte del hombre, que asume la responsabilidad ante sí mismo, ante los demás y ante la vida. ¿Qué espera la vida de nosotros? El hombre en busca de sentido es mucho más que el testimonio de un psiquiatra sobre los hechos y los acontecimientos vividos en un campo de concentración, es una lección existencial. Traducido a medio centenar de idiomas, se han vendido millones de ejemplares en todo el mundo. Según la Library of Congress de Washington, es uno de los diez libros de mayor influencia en Estados Unidos.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



La filosofía de la religión

Grondin, Jean

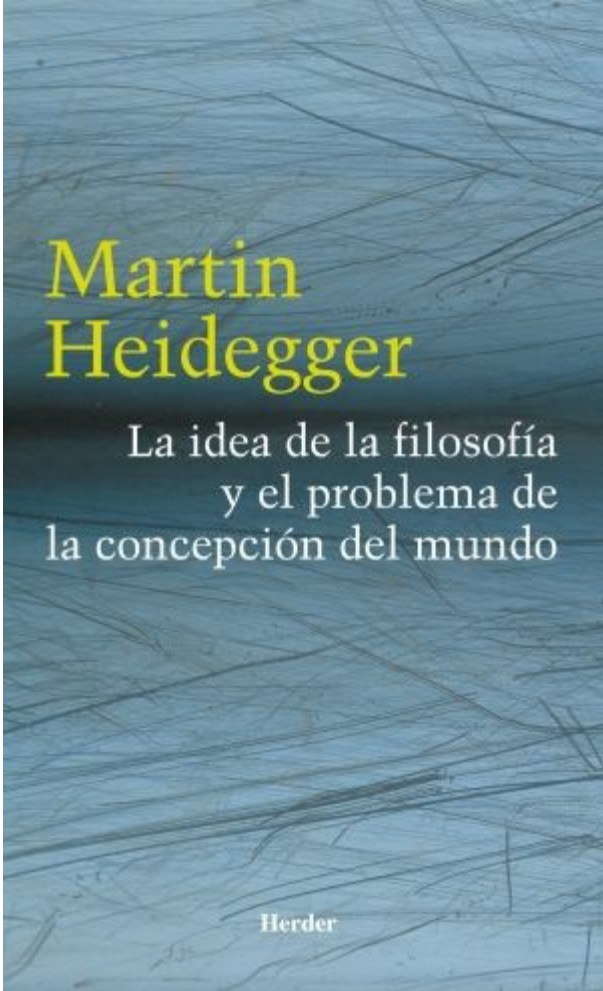
9788425433511

168 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

¿Para qué vivimos? La filosofía nace precisamente de este enigma y no ignora que la religión intenta darle respuesta. La tarea de la filosofía de la religión es meditar sobre el sentido de esta respuesta y el lugar que puede ocupar en la existencia humana, individual o colectiva. La filosofía de la religión se configura así como una reflexión sobre la esencia olvidada de la religión y de sus razones, y hasta de sus sinrazones. ¿A qué se debe, en efecto, esa fuerza de lo religioso que la actualidad, lejos de desmentir, confirma?

[Cómpralo y empieza a leer](#)



Martin Heidegger

La idea de la filosofía
y el problema de
la concepción del mundo

Herder

La idea de la filosofía y el problema de la concepción del mundo

Heidegger, Martin

9788425429880

165 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

¿Cuál es la tarea de la filosofía?, se pregunta el joven Heidegger cuando todavía retumba el eco de los morteros de la I Guerra Mundial. ¿Qué novedades aporta en su diálogo con filósofos de la talla de Dilthey, Rickert, Natorp o Husserl? En otras palabras, ¿qué actitud adopta frente a la hermeneútica, al psicologismo, al neokantismo o a la fenomenología? He ahí algunas de las cuestiones fundamentales que se plantean en estas primeras lecciones de Heidegger, mientras éste inicia su prometedora carrera académica en la Universidad de Friburgo (1919- 1923) como asistente de Husserl.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

JESPER JUUL



Decir no, por amor

Padres que hablan claro:
niños seguros de sí mismos

Herder

Decir no, por amor

Juul, Jesper

9788425428845

88 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

El presente texto nace del profundo respeto hacia una generación de padres que trata de desarrollar su rol paterno de dentro hacia fuera, partiendo de sus propios pensamientos, sentimientos y valores, porque ya no hay ningún consenso cultural y objetivamente fundado al que recurrir; una generación que al mismo tiempo ha de crear una relación paritaria de pareja que tenga en cuenta tanto las necesidades de cada uno como las exigencias de la vida en común. Jesper Juul nos muestra que, en beneficio de todos, debemos definarnos y delimitarnos a nosotros mismos, y nos indica cómo hacerlo sin ofender o herir a los demás, ya que debemos aprender a hacer todo esto con tranquilidad, sabiendo que así ofrecemos a nuestros hijos modelos válidos de comportamiento. La obra no trata de la necesidad de imponer límites a los hijos, sino que se propone explicar cuán importante es poder decir no, porque debemos decirnos sí a nosotros mismos.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Giorgio Nardone
con Claudette Portelli

Obsesiones, compulsiones, manías



Entenderlas y
superarlas en tiempo breve

Herder

Obsesiones, compulsiones, manías

Nardone, Giorgio

9788425433917

168 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

"Todos sabemos complicar las cosas, solo unos pocos son capaces de simplificarlas". El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una de las psicopatologías más graves e invalidantes, caracterizada por pensamientos obsesivos y rituales repetitivos. El TOC se estructura sobre la base de presupuestos lógicos y se autoalimenta de mecanismos racionales que, llevados al extremo, se convierten en algo absurdo e ilógico. El modelo evolucionado de la terapia breve estratégica propuesto por Giorgio Nardone, se propone como un instrumento extraordinariamente eficaz para combatir el TOC, precisamente porque es capaz de autodestruir la lógica que aprisiona la mente y reconducir el absurdo a la racionalidad. El autor dedica buena parte de la obra a la práctica clínica, exponiendo numerosos casos de pacientes que supieron romper las barreras del miedo y de la obsesión confiando en estratagemas terapéuticas minuciosamente planificadas.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Índice

Portada	2
Créditos	3
Índice	4
Dedicatoria	6
INTRODUCCIÓN	7
PRIMERA PARTE. LOS CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA TEORÍA DE LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA Y LA PRÁCTICA QUE DE ELLA DERIVA	9
I. EL MARCO PSICOANALÍTICO (SETTING)	10
II. LA TRANSFERENCIA	14
La transferencia en la obra de Freud (transferencia neurótica)	14
La transferencia en las organizaciones preneuróticas (transferencia precoz): las tres corrientes de la transferencia preneurótica según los modelos de desarrollo precoz: Anna Freud; Ferenczi–Balint–Winnicott; Klein–Isaacs–Bion	17
La transferencia precoz en la clínica contemporánea	24
Los soportes de la transferencia: transferencia al analista, al marco y a la palabra	35
Los enfoques intersubjetivos o constructivistas. La transferencia: ¿un concepto ya superado?	36
La transferencia narcisista: otra mirada a la transferencia	39
III. LA CONTRATRANSFERENCIA	45
IV. LA INTERPRETACIÓN	51
La interpretación en la obra de Freud	52
La interpretación y el desarrollo precoz (organizaciones preneuróticas)	54
La doble transferencia neurótico-narcisista y su interpretación	57
Actings e interpretación	58
V. LA CONSTRUCCIÓN	60
Construcción/reconstrucción en la obra de Freud	60
Construcción/reconstrucción en las tres corrientes posfreudianas	61
La construcción en las corrientes intersubjetivas (constructivistas)	63
VI. EL PROCESO PSICOANALÍTICO Y LA FINALIZACIÓN	65
Teorías explicativas de la evolución del proceso	65

La finalización del análisis	66
SEGUNDA PARTE. LA APLICACIÓN A LA PSICOTERAPIA DE LOS CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA	68
LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA. INTRODUCCIÓN	69
I. EL MARCO EN LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA	73
II. LA TRANSFERENCIA Y LA CONTRATRANSFERENCIA EN LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA	79
La transferencia y la contratransferencia, según el tipo de psicoterapia	81
III. LA INTERPRETACIÓN EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA	85
IV. LAS CONSTRUCCIONES EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA	93
V. EL PROCESO EN LAS PSICOTERAPIAS PSICOANALÍTICAS	96
VI. LA FINALIZACIÓN DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA	100
ANEXO. LA ELECCIÓN TEÓRICA DEL ANALISTA	103
BIBLIOGRAFÍA	106
Información adicional	115