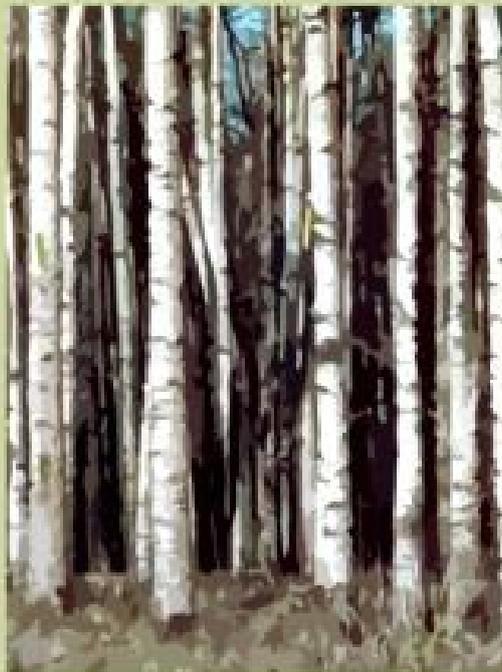


Michael Feldman



Duda, convicción y el proceso analítico



Psicoanálisis

APM

BIBLIOTECA NUEVA

Michael Feldman



Duda, convicción y el proceso analítico



Psicoanálisis

APM
BIBLIOTECA NUEVA

DUDA, CONVICCIÓN Y EL PROCESO ANALÍTICO

Colección Psicoanálisis Editorial Biblioteca Nueva y Asociación Psicoanalítica de
Madrid

Comité editorial: Milagro Martín Rafecas, Magdalena Calvo Sánchez-Sierra, Rosario
Guillén Jiménez, José Manuel Martínez Forde y Mercedes Puchol Martínez

Michael Feldman

DUDA, CONVICCIÓN Y EL PROCESO ANALÍTICO

Edición de Betty Joseph Traducción de Pere Folch

Asociación Psicoanalítica de Madrid BIBLIOTECA NUEVA

ÍNDICE

PRÓLOGO, Rey Schafer

INTRODUCCIÓN, Betty Joseph

AGRADECIMIENTOS

CAPÍTULO 1.-El complejo de Edipo: de cómo se manifiesta en el mundo interno y en la situación terapéutica

CAPÍTULO 2.-Escisión e identificación proyectiva

CAPÍTULO 3.-La identificación proyectiva: la implicación del analista

CAPÍTULO 4.-La dinámica del reaseguramiento

CAPÍTULO 5.-La iluminación de la historia

CAPÍTULO 6.-Manifestaciones de la pulsión de muerte en el consultorio

CAPÍTULO 7.-Envidia y reacción terapéutica negativa

CAPÍTULO 8.-De cómo dirigirse a las partes del self

CAPÍTULO 9.-«Estaba pensando...»

CAPÍTULO 10.-Los usos defensivos de la complacencia

CAPÍTULO 11.-El agravio: la configuración edípica subyacente

CAPÍTULO 12.-Lleno de dudas

CAPÍTULO 13.-El problema de la convicción durante la sesión

INDICE ALFABÉTICO

Para mi mujer y nuestra familia

Prólogo

Leyendo a Michael Feldman uno tiene el sentimiento de ser acogido en el taller de un maestro del psicoanálisis para pensar con él cuando reflexiona sobre conceptos y problemas clínicos básicos. Pocos autores psicoanalíticos expresan de una manera tan vívida como él, un sentimiento de responsabilidad consigo mismo. De un modo implícito si no explícito, Feldman se detiene a menudo para insistir con preguntas de este estilo: «¿Qué estoy haciendo?», «¿por qué pienso que es lo mejor que pudiera hacerse?», «¿cómo podría hacerse mejor?», «¿qué depende de mí y qué depende del paciente?»

Al establecer de este modo una pauta de autosupervisión, Feldman coloca en primer plano, y con toda congruencia, los aspectos desestabilizadores, intelectuales y emocionales, del psicoanálisis clínico. Se arriesga decididamente en la incertidumbre cuando trabaja la secuencia del paciente en pos de un insight fiable y una intervención oportuna. Y el lector le sigue cuando se adentra en situaciones clínicas, llenas de problemas, que afectan tanto al paciente como al terapeuta. Para dar tan solo una lista breve: situaciones que inspiran dudas, reacciones terapéuticas negativas, terminación conflictiva, agresión y destructividad, fallos del reaseguramiento, envidia, orgullo y el uso de reconstrucciones y de historias vitales que están siempre en flujo.

Los interrogantes y las formulaciones de Feldman dan la misma oportunidad a la comprensión penetrante que a la duda razonable. Se mantiene en un enfoque constante de la compleja mixtura de transferencia y contratransferencia que constituye el proceso clínico. En esta mezcla se encuentran los riesgos y las oportunidades que habrán de pensarse y elaborarse para llegar a la construcción de la evidencia clínica, evidencia que podemos vivenciar con más o menos convicción. El éxito en esta empresa depende de la capacidad y el coraje para contener las inevitables tentaciones narcisistas que asedian al psicoanalista, sea en función de relator o de clínico; es la tentación de aparentar que ya se han elaborado y resuelto los problemas que han surgido al paso, la tentación de incurrir en la afirmación y el tono autoritario en lugar de la argumentación y la demostración; de situarse por encima de todo, siempre a punto de actuar correctamente y con decisión, pero de hecho acabando por obstruir y entorpecer el cambio psíquico.

El lector podrá verificar que Feldman ha conseguido pleno éxito, muy excepcional, en la contención de aquellas tentaciones. Se aplica fielmente a aprender y a enseñar a partir de la experiencia. En el estudio de los casos dedica una estrecha atención a los problemas que él ha introducido o en aquellos en que ha sido estimulado a participar a causa de las identificaciones proyectivas del paciente. Una lectura atenta de estos estudios clínicos es siempre gratificante porque los problemas debatidos son los que surgen de una u otra manera en el trabajo de todo terapeuta psicoanalítico. Y, para añadir todavía a sus méritos, Feldman presenta generosamente

al lector los utensilios conceptuales y técnicos y las oportunidades de evaluar críticamente los vaivenes y sinuosidades de su trabajo. No es obsequio pequeño.

Leer a Michael Feldman supone experimentar algo más que el placer de una buena compañía analítica con gran admiración y gratitud; es también acabar la lectura con un respeto más profundo por el mismo psicoanálisis.

Roy SCHAFER, Nueva York

Introducción

Michael Feldman tiene una manera individual y particular de considerar y tratar el material clínico, basada seguramente en un modelo teórico consistente. Para su comprensión es fundamental reconocer que en el consultorio siempre hay dos personas en el encuentro psicoanalítico, el paciente y el analista, y siempre se ha de tener presente su interacción. Cada una de ellas tiene un efecto sobre la otra, cada una opera hasta donde se lo permite su personalidad, hasta donde se lo permiten sus fantasías, ansiedades y defensas. Los detalles del material clínico expuesto en este libro nos permiten ver el uso que hace Feldman de aquel reconocimiento y su capacidad de permanecer abierto a cualquier cosa que el paciente necesite comunicar.

Esta receptividad que Bien veía como la capacidad de contener, permite a Feldman responder a las necesidades y proyecciones del paciente. Y así nos muestra, por ejemplo en los capítulos dedicados a la identificación proyectiva, de qué manera las proyecciones del paciente pueden dar lugar a respuestas sutiles -y a veces no tan sutiles-, en el analista. Nos señala alguno de los mecanismos defensivos que el analista puede utilizar en el intento de conservar su equilibrio psíquico. De esta manera el lector puede seguir y hasta cierto punto experimentar el proceso en curso que permite al paciente entrar en contacto con pensamientos y sentimientos, de los que era previamente inconsciente, y de los que solo vagamente se daba cuenta. En este sentido el lector se vuelve un participante en aquello que podría describirse como investigación continuada a lo largo de la sesión, es decir investigación de los procesos clínicos que pueden contribuir al cambio psíquico.

El abordaje clínico de Feldman depende de una rigurosa observación de los pacientes y de sus experiencias; esto le ha llevado a sentir que la comprensión ha de venir de aquello que puede ser visto en el presente inmediato. Y así nos muestra cómo el analista tiene la oportunidad de observar la manera que tienen los pacientes de operar en la situación analítica momento a momento, cómo proyectan, desde su mundo interno, objetos en el analista. De este modo indican dinámicamente cómo han sido tratados y de qué manera han procedido con su vida y con sus objetos. También así indican dinámicamente su manera de tratar la vida y sus objetos; así empieza a reconstruirse la historia en el presente. Esto conlleva, en la utilización de la historia, unos matices diferentes de los que Freud intuyó. Pero el estudio del pasado del paciente, basado en el intento de desentrañar lo que está ocurriendo en la actualidad, nos presenta la historia de una manera mucho más viva. Por otro lado ayuda al analista a empatizar con lo que está teniendo lugar en el paciente, a ver cómo y por qué se han ido estructurando ciertos aspectos del paciente tanto si se trata de rasgos iracundos, sumisos o de gratitud y estimación. Este tipo de empatía es un distintivo del trabajo de Feldman.

Otro aspecto destacado del abordaje de Feldman es su curiosidad, su interés por el curso de las cosas en su trabajo día a día, minuto a minuto. Esto salta a la vista

claramente hasta en el título de los capítulos. Uno de los capítulos de este libro se encabeza con un «Estaba pensando...» porque el autor se había sorprendido con el número de pacientes que empiezan la sesión con esta frase o alguna similar; y empezó a preguntarse si esto podría señalar la manera que tenían estos pacientes de guardar cierta distancia y evitar así ansiedades catastróficas. O para escoger otro ejemplo: Feldman se da cuenta de la incitación procedente del paciente y también del interior del analista, que conduciría a dar interpretaciones de una calidad vagamente tranquilizadora, interpretaciones que resultan cómodas para ambas partes, paciente y analista; con ellas se evitaría tensión, agresión, ansiedad en uno y otro; pero también sirven para evadirse de lo que realmente se experimenta. Con ellas se evita afrontar la realidad psíquica. La preocupación de Feldman por la verdad psíquica y su convicción de que sin ella el análisis queda entorpecido y viciado, laten desde el comienzo hasta la última página de este libro. Feldman se nos presenta como un analista muy serio y auténtico, dispuesto a compartir con el lector las penosas dificultades de su trabajo.

Comoquiera que Feldman describe en detalle no solo los casos sino también su manera de proceder, el libro nos da una visión muy viva de su técnica. Es evidente su interés por el proceso efectivo de la interpretación. Así por ejemplo, el capítulo que lleva por título «De cómo dirigirse a las partes del se» nos presenta al analista esforzándose en encontrar una manera de utilizar un punto valioso de la teoría acerca de las diferentes partes conflictivas del self de forma que resulta convincente y útil para el paciente.

La cuidadosa conducción que hace Feldman del movimiento de la sesión es una parte intrínseca de su labor; podemos ver cómo trata de mantenerse vigilante a la forma en que el paciente responde a las interpretaciones, de qué manera son recibidas o no recibidas, si propician un sentimiento de alivio o llevan a una ansiedad mayor. Pero también se interesa por la relación del analista con sus propias interpretaciones, cuando se vuelven ideas cosificadas, sobrevaloradas (de acuerdo con el estudio de Britton y Steiner) y a las cuales uno se adhiere como si fuesen de importancia narcisista para el analista. De particular importancia es el reconocimiento que Feldman hace del movimiento de la sesión, como de un momento a otro -según se dé o no se dé una interpretación-, se registra siempre un cambio tanto en el paciente como en el analista. Nada puede permanecer estático. Y lo ilustra de una manera conmovedora con la cita de Heráclito: «Nadie se baña dos veces en el mismo río porque el río no es el mismo y el sujeto no es la misma persona.»

Dentro de la considerable contribución de Feldman al psicoanálisis hemos de destacar su lúcida advertencia de los esfuerzos que ha de hacer el analista para mantener un equilibrio entre la duda y la convicción, como se refleja en el título de este libro, y el acceso al proceso clínico que aquella lucidez permite. Esto confiere a su obra un sentimiento de convicción real y nos enseña algo de la manera como trabaja la mente del analista, con su insatisfacción por las limitaciones de aquello que conocemos y comprendemos, con su curiosidad por atisbar la manera de seguir adelante y su goce con el proceso de la indagación.

BETTY JOSEPH

Agradecimientos

Tuve la suerte de llegar al mundo psicoanalítico en un momento de debate vigoroso y creativo, de investigación y consolidación. Melanie Klein se había mantenido activa en Londres hasta poco antes de su muerte en 1960 y Wilfred Bien hacía poco tiempo que se había trasladado a Los Ángeles. Un grupo impresionante de personas, muchas de ellas discípulos y colegas de Klein, investigaban activamente las implicaciones de las observaciones y las teorías originales de Klein y sus contemporáneos. Las figuras de mayor relieve para mi formación psicoanalítica fueron Herbert Rosenfeld, Hanna Segal y Betty Joseph. Al margen de sus conocimientos y de su experiencia clínica, me ofrecieron una generosa ayuda y apoyo.

Paralelamente a mi formación y a mi práctica psicoanalítica, también pasé un puñado de años trabajando en la unidad de Psicoterapia del Maudsley Hospital, en donde Henri Rey se acreditó como un inspirado maestro y colega. Muchas de sus maneras perceptivas de comprender a los pacientes y sus vívidas viñetas ilustrativas todavía tienen en mí una acusada resonancia. También estimé mi contacto con Joe Sandler y Leslie Sohn, ambos en el Maudsley y en la Sociedad Psicoanalítica.

Durante muchos años he sido miembro del taller clínico de Betty Joseph. Es este un foro especial en el que un grupo de psicoanalistas experimentados y talentosos discuten ideas y teorías que se desprenden del material clínico. El taller brinda la oportunidad, a los colegas afines, de compartir la fascinación del proceso psicoanalítico, de explorar la naturaleza de las dificultades que encontramos y las limitaciones de nuestra comprensión. Es una experiencia enriquecedora y refrescante. Sin duda que el apoyo personal y profesional de estos colegas es lo que permite avanzar luchando con el trabajo difícil, exigente y cautivador.

Mi relación con John Steiner y Ron Britton, dos colegas que respeto y admiro muy particularmente, ha sido de gran valor para mí desde hace muchos años. He trabajado en estrecha colaboración, sobre todo con John Steiner, compartiendo ideas, problemas clínicos y las satisfacciones y preocupaciones habituales de la vida.

Desde 1995 Ron Britton, John Steiner y yo mismo hemos organizado una conferencia anual en West Lodge Park, muy cerca de Londres. Cada uno de nosotros presenta un trabajo clínico inédito que discutimos entre nosotros y con los colegas de Europa y América. Estas reuniones nos dan la oportunidad de poner a prueba nuevas ideas no plenamente elaboradas entre nosotros. En realidad muchos de los capítulos de este libro han nacido como contribuciones a estas reuniones de West Lodge.

Debo dar las gracias a Betty Joseph que ha sido de gran ayuda en la preparación de este libro. Trabajar con ella ha sido agradable e inmensamente enriquecedor.

También quisiera agradecer el apoyo y aliento que he recibido de Diana Birksten-Breen como editora de la New Library Series. Y a Kate Summerscale que amablemente leyó con detención el manuscrito.

A fin de preservar la confidencialidad, he cambiado detalles biográficos y de otra índole en relación con los pacientes que describo.

CAPÍTULO 1

El complejo de Edipo: de cómo se manifiesta en el mundo interno y en la situación terapéutica

Freud utilizó el concepto de complejo de Edipo para representar la constelación central de impulsos, fantasías y ansiedades que surge de los conflictos en la relación del niño con sus padres. Empezó desarrollando la idea de que el niño internaliza unas versiones de las figuras parentales, modificadas por las ansiedades y las fantasías que las acompañan. Estas figuras internas afectan a su vez a la vida emocional del niño y sus relaciones con el mundo. Elaborando este modelo Melanie Klein desarrolló sustancialmente el concepto de «mundo interno del niño», unos objetos internos contruidos mediante los mecanismos de introyección y proyección. Describió también cómo, en la fantasía del niño, estas figuras se relacionan entre sí de manera compleja y cómo algunas de estas relaciones constituyen las versiones primerizas del complejo de Edipo (Klein, 1928, 1932, 1945). Sus teorías clínicas sobre la naturaleza y las relaciones de estas figuras internas entre sí y la manera como se proyectan en nuevos vínculos le permitió entender mejor lo que el niño experimenta y aquello que ella pudo observar en la contratransferencia.

En este capítulo y en los siguientes espero poder ilustrar de qué manera es posible explorar estas dinámicas dentro del marco, observar de cerca, de la sesión psicoanalítica. En particular, creo que es posible observar la manera familiar pero compulsiva, gracias a las cuales las experiencias que los pacientes tienen de las figuras de su infancia se mantienen vivas en su mente e influyen sus relaciones presentes y también la forma de experimentar y de «utilizar» al analista.

Una de las características de la situación edípica que se ve reflejada en el análisis es el hecho de que sus participantes -analista y paciente- se ven a menudo impelidos en más de una dirección. Cada opción parece implicar un compromiso y puede requerir la difuminación o la evitación de aspectos de la realidad que despiertan demasiado dolor o demasiada culpa. En la tragedia de Sófocles, Edipo no tomaba la decisión consciente de matar a su padre y casarse con su madre; las opciones que se ofrecían espontáneamente a todos los participantes parecían las mejores en aquel momento y el casamiento tenía la aprobación del pueblo de Tebas; si bien había alguien o algunos que conocían la verdad y que probablemente consideraban que era mejor mantenerse callados. La espantosa realidad solo emergió lentamente, con dificultades y con un coste considerable (Vellacott, 1971; Steiner, 1985).

Espero poder ilustrar no solo la manera de manifestarse estos dilemas en el material clínico sino también la frecuente situación del analista que se encuentra arrastrado a medias en una reenactación (re-enactment) del dilema que fue originariamente el dilema del niño pero en el cual el padre o la madre han quedado inevitablemente involucrados. El desarrollo de nuestra comprensión de los procesos

de identificación proyectiva e introyectiva, que debemos a Klein y a ulteriores investigadores, pone en evidencia que algunas de aquellas complejidades son inevitables. Hay con frecuencia una identificación parcial y fluctuante con cada uno de los padres y cada padre o madre, a su vez, está empapado de cualidades que el niño les ha proyectado. Y así el drama implica a menudo complejos trastueques. El papel del analista ante estas diferentes figuras ha de reflejar algunas de estas complejidades. Solo prestando atención a la dinámica de la sesión y en especial a la experiencia de la contratransferencia (que incluye la presión sutil a actuar de determinada manera) se podrán reconocer algunos de estos aspectos de la situación edípica. Derivan con frecuencia de un período muy precoz de la experiencia del paciente y no se representan en su mente con palabras antes bien como sensaciones o acciones o como impulsos a la acción. Aunque no deriven de estadios un poco más tardíos del desarrollo, implican con frecuencia percepciones e interacciones con figuras parentales que no se caracterizaron por la verbalización sino por colusiones o evasiones inquietantes. Espero mostrar como esto origina no solo problemas en la comprensión del paciente -de sus fantasías, ansiedades y conflictos-, sino también dificultades técnicas para el analista en su capacidad de manejar la situación y tratar con las presiones que le arrastran a una enactación (enactment) de los aspectos de la situación edípica.

Para hacer frente a los deseos poderosos y conflictivos surgidos en la relación familiar, el niño puede recurrir a mecanismos proyectivos destinados a disminuir el alcance del conflicto así como la ansiedad y el dolor que lo acompañan. El padre o la madre pueden encontrarse entonces con un dilema inquietante, resultado en parte de los conflictos edípicos con sus propios padres, en parte también a causa de las proyecciones del niño. Al darse cuenta, consciente o inconscientemente, de la intensidad de las emociones que están teniendo lugar, cualquier línea de conducta acarrea implicaciones importantes. Tomaremos un ejemplo sencillo: un padre puede darse cuenta del sentimiento de exclusión y de los celos de su joven hija y de los impulsos intensamente sexuales y agresivos que estas emociones evocan en ella. Su sensibilidad a todo ello puede desprenderse de su identificación parcial con la niña excluida y puede tener algún indicio de la naturaleza de las fantasías de la niña con respecto a él y a la relación con su esposa. A consecuencia de esta intuición consciente o inconsciente, puede sentirse incómodo de tomar en brazos a su hija por miedo de que esto pueda estimular ulteriormente la convicción de la hija de que se ha establecido una alianza sexual excitada entre padre e hija en contra de la madre. En todo caso, si por ejemplo no la acoge en su regazo, la niña podrá vivirlo como un rechazo o quizá como una evidencia de la incomodidad del padre en esta situación. Y esto supondría por tanto una confirmación, por vía diferente, de sus fantasías edípicas.

Así pues no hay manera alguna de que el padre pueda adoptar una actitud que no estimule las fantasías agresivas y/o sexuales de la niña. Lo que la niña necesita del padre es que este se dé cuenta, en cierta medida, de aquellos impulsos a la vez que se mantiene en un sentimiento firme y seguro de sí mismo como figura paterna (cosa que en parte supone experimentarse como miembro de una pareja madura) de tal

manera que no actúe ni deniegue los impulsos y fantasías de la niña (y los suyos propios).

El modelo subyacente es a la vez experimentado y recreado en la situación analítica y determinará la naturaleza y la calidad de la transferencia y la contratransferencia. Lo que quiero ilustrar en el material clínico que sigue es como el material del paciente y la dinámica de la situación transferencial pueden llevarnos a la comprensión de la experiencia del individuo y pueden permitirnos construir una visión de la naturaleza de la interacción con los padres y la manera como el paciente se relaciona con ellos.

Una consecuencia importante de esta visión de las configuraciones edípicas, existentes en el mundo interno del paciente, es la ayuda que nos proporciona en el estudio de la influencia sobre las funciones mentales básicas. Si el paciente negocia el complejo de Edipo de una forma relativamente sana, tiene un modelo interno de una relación sexual que es, en conjunto, una actividad creativa. Esto parece directamente conectado con el desarrollo de la capacidad del paciente de permitir que pensamientos e ideas interactúen de manera fructífera. Por otro lado la fantasía de que toda vinculación entre él y otra persona va a crear una pareja aberrante o mayormente destructiva parece desembocar en formas deterioradas del pensar, perversas o severamente inhibidas. En mis ilustraciones clínicas intento examinar la naturaleza de la pareja edípica que existe en la mente del paciente, que deriva en parte de sus percepciones y que en parte se ve distorsionada por la proyección. Esto influye no solo en la experiencia que el paciente tiene de la transferencia; tiende también a manifestarse engarzando al analista en una reenactación del conflicto edípico. Finalmente, espero poder señalar que las fantasías del paciente sobre la naturaleza de aquellas relaciones influyen su pensamiento de variadas maneras.

PRIMERA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

El primer paciente que voy a presentar, el Sr. J., era un hombre joven, el menor de cuatro hermanos, y sus padres trabajaban en el mundo del teatro. Su madre era una actriz de talento y con éxito. Después de un largo fin de semana, al comienzo de la sesión estuvo muy callado; luego empezó a hablar de una manera cohibida, tímida y bastante frustrante. No decía nada del fin de semana pero al cabo de un rato se refirió a un sueño que había tenido. En el sueño se encontraba exhibiéndose en un escenario, vestido con ropa interior de seda, parecida a la que llevaba su madre cuando se preparaba para ir al teatro. No había mucha gente entre el público pero él se fijó especialmente en un hombre mayor que se veía bastante desaliñado y que parecía fascinado y excitado por el paciente. El hombre, de todas maneras, debía quedar distanciado al otro lado de las luces del proscenio como si estuviese separado de él por un telón de cristal. El paciente pensaba que este hombre era un «puro homosexual». Había asociado esta figura conmigo y ello había sido fuente de placer y de excitación. El paciente parecía bastante excitado cuando me relataba el sueño.

El paciente siempre se había sentido privado de una atención adecuada y

afectuosa. Aunque sus padres se mostraban comprensivos y atentos (y en muchos sentidos creo que hacían por él cuanto podían) el paciente nunca se había sentido lo bastante cuidado; nunca había creído por entero en la calidad de las atenciones que le dispensaran; pensaba que nunca había podido recibir la atención que necesitaba de ninguno de los padres. Había intentado superar esta situación ofreciéndose a ellos como «especial» -sea sintiéndose particularmente enfermo e infeliz, o siendo especialmente bueno o, en ocasiones, especialmente excitado por uno u otro de los padres.

Con su padre, en particular, parecía acariciar la fantasía de tomar el lugar de la madre y lo expresaba durante el fin de semana con el sueño, en el cual se volvía excitante vistiendo la ropa de su madre. A pesar de todo, de modo triste y conmovedor dijo que nunca había creído de veras que nada de todo aquello llegaría a ocurrir. En su sueño el hombre era un «puro homosexual», lo que significaba que no tenía ningún interés real por las mujeres si bien había encontrado a mi paciente, vestido con ropa interior de mujer, provocador y excitante. El sueño evidenciaba la ausencia de un contacto auténtico entre mi paciente (identificado con una figura peculiar, artificial) y el hombre ante el cual se había exhibido de esta manera teatral. Al contrario, el paciente hace explícito su sentimiento de estar separado de sus objetos como si hubiese en medio un telón de cristal.

Esto se correspondía muy exactamente con la experiencia del paciente en el pasado, cuando dudaba de su capacidad de despertar adecuadamente la atención de sus padres por mucho que hiciera para conseguirlo; esa era también su experiencia en el análisis en donde sentía a menudo que tendría que promover algo extraordinario que pudiese en realidad cautivar mi atención. A veces parecía creer que lo conseguiría pero en otros momentos tenía que prodigarse en acciones extravagantes a pesar de las cuales podía no obtener el efecto apetecido.

Pensé que el paciente había tenido la experiencia de un largo fin de semana con mi ausencia y sus sentimientos de soledad, celos y frustración proyectando en su fantasía el sentimiento de ser abandonado, excitado y seducido cruelmente. Invirtiendo los roles me sustituyó y se transformó en una figura que se exhibía de una manera provocativa. Además esta no era solo una fantasía que le hubiera aliviado durante el fin de semana; era una fantasía que también se había dramatizado en parte durante la sesión. El silencio inicial del paciente, su manera de hablar insegura y provocativa, sus sueños y fantasías sexuales por los cuales yo estaría interesado se hacían realidad en la sesión. Siempre se había esforzado en juzgar lo que hubiera podido interesarme y lo que me habría podido afectar y por tanto hacer algo especial para mí. Se preocupaba de un modo conmovedor de la necesidad de ser el paciente que más me interesase o excitase, o el paciente que mejor me comprendiera, el más sensible a mi estado de salud o al estado de mi mente. Otras veces parecía querer ser el paciente que más me desconcertase, que me causase más desvelos hasta el punto de mantenerme preocupado entre las sesiones.

Sin embargo, como he dicho antes, no se producían a menudo estos efectos

deseados y en lugar de despertar curiosidad, celos o excitación es más probable que provocasen sentimientos de simpatía, inquietud o, en ocasiones, hasta desespero.

Hay diversas maneras de comprender la experiencia contratransferencial con este paciente. Daba a menudo la impresión de que cuando tenía sensaciones intensas y perturbadoras no era capaz de utilizar adecuadamente los mecanismos proyectivos para llegar a sus objetos. Así, algunos de los problemas de la relación primeriza con sus padres podían haber derivado del fracaso de una adecuada comunicación con ellos mediante la identificación proyectiva, cosa que les debía hacer difícil saber realmente lo que le ocurría al niño puesto que no podían sentir suficientemente el impacto de sus necesidades y sus ansiedades. Se podría considerar el telón de cristal de su sueño como una representación concreta de aquella dificultad. En las sesiones se me hacía con frecuencia difícil vincular lo que el paciente me estaba diciendo con lo que estaba expresando sobre la naturaleza de su experiencia.

Otro aspecto del mismo problema se refiere a la manera que tenía el paciente de percibir y vivenciar sus objetos. Bien (1959) describió la situación en que el bebé se enfrenta con un objeto parental que le responde con diligencia pero sin ser capaz de recibir o tolerar sus proyecciones. Estas se vuelven entonces más y más violentas y desordenadas originándose un círculo vicioso sin esperanza.

Mi experiencia en la transferencia me convenció de que en aquel momento el paciente tenía una concepción muy débil de un objeto parental capaz de contener lo que él podía proyectar en mí y también una noción muy vaga de una pareja edípica sana implicada en una relación sexual creativa, cosa que implica naturalmente la relación de continente y contenido. En cambio había en su mente una pareja que aunque aparentemente cumplía con las formalidades de estar vinculada, en realidad estaba separada por las luces del proscenio o por el telón de cristal.

Esto podría ser el resultado de su ataque envidioso contra esta pareja que, en consecuencia, aparecía en su mente como un objeto parental combinado aberrante como el descrito por Melanie Klein (1932). O quizá pudo haber tenido una percepción o una sensación intuitiva de una pareja parental efectivamente dañada, una figura combinada patética y confusa. Aunque estos padres se le presentaban como saludables y excitantes, como si quisieran despertar su envidia y sus celos, no lo eran ni de lejos de modo que él tenía que habérselas con una situación muy perturbadora. Y así en el análisis recreaba la situación edípica en la cual había una figura extravagante compuesta por elementos de la madre y del padre, una figura que debería despertar una gran cantidad de excitación y de celos y que tenía empero un efecto mucho más espantoso que generaba pena y un sentimiento de desesperanza.

Durante mucho tiempo había sentido que nosotros dos éramos la continuación de aquella pareja aberrante y estéril. A veces podía imaginar que yo me situaba como un objeto sano y vigoroso, un objeto que él veía extraño y deteriorado y que por tanto era indistinguible de él. Otras veces, en cambio, parecía capaz de reconocer una diferencia entre nosotros y esto le permitía entonces hacer un trabajo analítico

auténtico, lo que se acompañaba de un sentimiento de alivio y agradecimiento. En estas ocasiones resultaba chocante que su propio pensamiento adquiriese una calidad distinta por ser más coherente y él parecía adquirir un real sentido de que las cosas de su entorno tuvieran un significado. En aquellos momentos había mucha menos vaguedad, excitación y fragmentación en la manera de trabajar de su mente. De todos modos los períodos de trabajo constructivo eran de escasa duración y llegaban a estimular un ataque envidioso desesperado y destructivo. Como ya he indicado, parecía existir una relación entre la calidad del pensamiento del paciente y la naturaleza de la pareja edípica representada en la fantasía y reflejada en todo momento en la transferencia. Por lo general el paciente encontraba extremadamente difícil establecer conexiones adecuadas en su mente, hacer cualquier cosa por sí solo. Al contrario, su pensamiento consistía a menudo en un particular aglomerado de dos ideas sin ningún vínculo significativo entre ellas. Como ha podido verse en el sueño presentaba a menudo esta conjunción extravagante como si fuese deseable e incluso excitante. Al mismo tiempo que encontraba difícil tolerar conocimiento alguno sobre el cariz perturbador de la relación entre sus padres (y sentía que sus padres no lo tolerarían) le resultaba doloroso y aterrador afrontar lo que ocurría en su propia mente. Y se veía movido a hacer aquellas peculiares combinaciones desesperadas que con frecuencia se acompañaban de excitación y siempre con una sensación de aislamiento.

Aunque yo pensaba que él no era realmente capaz de utilizar los mecanismos proyectivos para comunicar sus sentimientos y ansiedades, a veces se sentía inclinado a proyectar en su objeto sus funciones más torturadas y desordenadas. En la contratransferencia yo lo registraba como un sentimiento de presión a dar interpretaciones banales o a vincular las cosas de una manera aceptable pero que no sentía correcta y que sabía bien que serían inútiles. Los efectos de esta manera de proceder eran un alivio temporal para los dos pero, a la vez, iba en aumento una sensación subyacente de frustración y desesperanza. Cuando fui capaz de resistir esta presión para entrar en el mundo del sueño y conservando mi capacidad de pensar bien diferenciada, aunque a veces resultara difícil y doloroso, parecía que ello reforzaba el contacto del paciente con la realidad y con su mundo interno.

SEGUNDA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

Quisiera reflexionar ahora sobre un segundo caso, el de una mujer joven, N., en la cual la pareja edípica se representaba de una manera muy distinta con un conjunto diferente de fantasías y ansiedades que estructuraron la transferencia. El pensamiento de la paciente se caracterizaba por una necesidad de ser constantemente reasegurada contra sus miedos de ser objeto de rechazo o de ataque. Ejercía una presión sobre el analista para que se adaptara a esta situación.

Los padres de la paciente se habían separado cuando ella era pequeña y su infancia estuvo dominada por unas relaciones dolorosas y difíciles con su madre, una mujer muy perturbada. Su madre criticaba y denigraba al padre ausente culpándolo de

todo y cargándose ella de razón. Mi paciente se veía muy presionada a aceptar esta versión materna de los hechos y cualquier intento de cuestionar la verdad de lo que le era presentado, podía provocar una respuesta airada y violenta. Gradualmente la paciente se dio cuenta de hasta qué punto su madre estaba trastornada; también de toda la sarta de mentiras y distorsiones en que había crecido. Pero siempre estaba demasiado asustada para plantearse abiertamente.

Al mismo tiempo acariciaba fantasías secretas en que su padre volvía para rescatarla. Era importante para ella imaginar que el padre se daría cuenta de que ella había hecho cuanto estaba a su alcance: no solo había seguido la escuela con buen rendimiento, también había ordenado la casa y preparado las comidas; su madre había sido mala, cruel y negligente. De este modo él no podría hacer otra cosa que ponerse de su lado y llevársela consigo. La escena alternativa que apenas osaba contemplar era que madre y padre conspirarían contra ella, desenmascarándola como agresiva, asquerosa y sucia y que la dejarían abandonada.

En la sesión anterior que describiré en detalle, la paciente había hablado de unas dificultades habituales en la relación con su pareja con la que a menudo se sentía dolorosamente rechazada. Estaba bastante a la defensiva por lo que respecta a su contribución en cualquiera de los problemas; en efecto, fue necesario algún tiempo para que pudiese reconocer su propia hostilidad y resentimiento. A medida que discurría la sesión estuvo menos a la defensiva y empezó a perfilarse un cuadro más complejo y realista de la interacción con su novio. Con mis intervenciones parecía que se le había dicho algo sustancial y que había experimentado un cierto alivio.

Llegó cinco minutos tarde a la sesión siguiente y explicó minuciosamente que se había retrasado por cosas que estaban fuera de su control. Después dijo que el día anterior había ocurrido algo que tenía ganas de olvidar pero luego había pensado hablarme de ello porque no podía pensar en otra cosa.

Relató que había estado atareada en muchas cosas dispares y subrayó que de todo había salido airosa. Había sido capaz de tener calma y paciencia con todas las personas con que había tenido que tratar. Su compañero había tenido que ir a una reunión por la noche y, disponiendo de poco tiempo, ella le había preparado un bocadillo para que lo comiera en el coche. Había sido muy paciente y comprensiva y no había protestado por el hecho de que él tuviera que salir, pese a que se habían visto muy poco aquel día.

Su manera de hablar me hacía pensar que la historia tomaría un giro familiar con mi paciente abandonada, herida y decepcionada.

Cuando su compañero volvió de la reunión estaba muy cansado y se limitó a sentarse delante del televisor. Dijo que quería escuchar las noticias y a ella no le importó si bien acababa de escucharlas una hora antes. Allí sentado se adormiló, cosa que yo sabía que a menudo la irritaba.

Más tarde telefoneó Peter, un amigo de su compañero y estuvieron hablando una media hora. No era nada urgente o relacionado con el trabajo (cosa que ella habría podido entender), solo estaban charlando por charlar. De pronto se sintió furiosa, él estaba demasiado cansado para ocuparse de ella pero tenía energía suficiente para charlar con su amigo. No estaba pidiendo nada, ni mucho menos, solo un poco de atención.

Todo esto sonaba muy razonable y convincente. Había un tono en su voz que me impulsaba a estar totalmente de acuerdo con ella, a estar inequívocamente «de su lado». Me sorprendía hasta qué punto ella tenía de necesidad de analizar la situación como lo estaba haciendo, subrayando que había sido buena y tolerante toda la noche. Insistía en hacerme saber que había podido comportarse con este tacto gracias a la ayuda que había recibido en la sesión anterior, y expresó que había aceptado la idea de que su enojo y su resentimiento podían repercutir sobre la pareja; por esta razón había intentado ser tan buena y paciente. Intenté mostrarle esta necesidad de situarse en una actitud que no permitía reprocharle nada y de señalarle tan claramente que era su compañero el que se había comportado de un modo poco atento y desagradecido.

En efecto, estaba muy claro que aunque ella se refería a la ayuda de la sesión y al reconocimiento de una interacción más compleja con su compañero, en realidad se había obstinado en rechazar lo que percibía como mis dudas sobre ella. Quería demostrarme que su compañero la trataba de una manera agresiva o indelicada a pesar de que la actitud de la paciente hubiera sido irreprochable. Me presionaba de forma considerable a estar de acuerdo con su punto de vista y a unirme a ella condenando sin reservas el comportamiento de su pareja. Cuando en lugar de limitarme, amoldándome a su deseo, puse de manifiesto la presión por ella ejercida, lo que ocurrió en la sesión parecía una repetición de lo sucedido la noche anterior. Se sintió herida e incomprendida, ofendida y sorprendida de que yo no me adhiriera plenamente a ella. Daba la impresión de que yo me ponía del lado de su compañero y en contra de ella o que me limitaba solo a tener en cuenta lo que realmente me importaba (como cuando su pareja hablaba por teléfono con Peter). Ambas alternativas la hacían sentirse rechazada y otra vez hacían surgir la posibilidad de que yo sospechase que ella albergaba en su interior algo indeseable.

He descrito brevemente alguna de las experiencias y fantasías que pienso que habían preocupado a mi paciente durante la infancia y adolescencia. Lo que quiero subrayar es hasta qué punto se sentía movida, como su madre, a mantenerse en una posición en que ella tenía razón mientras la otra persona era responsable de todo el daño. Tal como ocurría con su madre, esto tenía a menudo una cualidad frenética y desesperada y servía para evitar una visión alternativa en la cual ella misma pudiera reconocerse con impulsos rabiosos, destructivos, celosos y sexuales que debería sentir como muy amenazadores. Sentía sobre todo que si se identificaba como «mala», estaría perdida: su madre la atacaría violentamente y su padre nunca más la rescataría, al contrario podría entonces aliarse con la madre en su contra. De todos modos sus deseos edípicos no estaban completamente escindidos y ella se daba cuenta de los impulsos auténticos que intentaba repudiar afanosamente. En efecto, una parte de la

motivación de ser tan buena servía para evitar toda posibilidad de que la pareja parental volviera a reunirse. Y esto, tanto si esta pareja era la pareja original de sus padres como si se trataba de mí o de su compañero en una alianza que la excluía; o se trataba del hecho de que yo estuviera absorbido con mis propios pensamientos que pudiera utilizar en mi trabajo. Espero que pueda verse la manera como esto se enactaba, se dramatizaba en la sesión que he relatado. Pensaba que la paciente tenía alguna sospecha de las maneras sutiles con que atacaba y provocaba a su pareja y de su impulso a entorpecerme en mi trabajo analítico con ella aun cuando se mostrara muy agradecida. Lo cierto es que saber todo esto le causaba una considerable ansiedad, sea porque podía llevarla a atacarme como a su madre, sea porque yo podría abandonarla para buscar una alianza diferente.

No resultaba muy claro hasta qué punto la paciente era consciente del conflicto y ciertamente tenía muchas dificultades para tolerar la ambivalencia o el conflicto; pero no cabía duda de que el analista se veía colocado en un dilema. Por un lado había la presión de estar de acuerdo con el punto de vista de la paciente -esta sería una forma amable, conciliadora de responder por parte de un padre (o un analista) y no parecía entrañar daño alguno. Además parecía poco empático e hiriente tener dudas y ser visto como un aliado de su pareja que la había tratado tan mal. De todos modos yo no dudaba de que la presión que la paciente ejercía sobre mí era en parte una invitación seductora a la colusión conmigo, de manera tal que reforzaría una fantasía de nosotros dos como pareja íntima con la exclusión de su compañero que vendría a funcionar como un receptáculo de todo lo indeseable.

Aun así, el analista tendría que tolerar la incomodidad por el hecho de que cualquier apoyo o acercamiento ofrecido podría ser erotizado y utilizarse a este fin; o por otra parte el analista podría verse inclinado a sentirse demasiado suspicaz y distante. De esta manera el conflicto de la paciente se proyecta en gran medida en el analista. Este se ve entonces en el trance de afrontar un problema técnico si bien tiene sus raíces en el problema «moral» del padre que, en este caso, parecía invitado a entrar en una relación colusiva que excluía dudas y conflictos y que de hecho implicaba un ataque a la realidad.

Con la paciente que acabo de describir era posible verificar paso a paso como todo eso se escenificaba no solo en la transferencia sino también en la propia mente de la paciente. Pasaba mucho tiempo reasegurándose que se comportaba de manera intachable, que seguía siendo buena, como lo hacía también en la sesión. Esto sin embargo no llegaba a tener pleno éxito pues no conseguía dejar de lado sus dudas y sospechas del mismo modo que yo no me dejaba convencer del todo por la escisión con que presentaba las cosas. Si bien denotaba claramente que ella tenía un cierto conocimiento de su agresividad y provocación, la perspectiva de afrontar la verdad se asociaba con la fantasía de verse separada violentamente de un objeto que necesitaba, del cual dependía pero que, virtualmente, no tenía capacidad alguna de tolerar nada malo.

Los objetos primarios de esta paciente, en contraste con los del paciente antes

descrito se diferenciaban en sus respectivas fantasías. Había además en uno y otro caso la noción de vincularse en una relación sexual si bien en ella el coito era imaginado como conduciendo fácilmente a la catástrofe en caso de surgir la menor dificultad. Ella era mucho más capaz de conjuntar las cosas en su mente si bien la naturaleza y el alcance de su ansiedad, en presencia de alguna dificultad interna, eran tales que se veía obligada a recurrir a una variedad de evasiones y denegaciones tanto internas como externas. Una de las vías por las que podía hacer uso del análisis era, a veces, la de internalizar una relación con un objeto capaz de tolerar sus dificultades, cosa que le aportaba un inmenso alivio. Era chocante ver como su pensamiento se hacía más expansivo y flexible. Podía permitirse vincular sus pensamientos de un modo más libre y fluido sin miedo a que estas conexiones en su mente la llevaran a verse abandonada. Esto ensanchaba mucho su capacidad de comprensión y, en consecuencia, los objetos que poblaban su mundo se hacían más tridimensionales.

TERCERA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

El tercer caso, el de L., presenta algunas semejanzas con el de M. que acabo de mencionar aunque también presenta muchas diferencias importantes. El modelo de relación entre los padres de L. era el de una interacción violenta, intrusiva y desastrosa en potencia aunque llena de excitación. Mi paciente exhibía una variedad de técnicas con la finalidad de protegerse de esta interacción tanto en el análisis como en su vida. Todo esfuerzo que yo hiciera para llegar a ella tendía a ser interpretado como una amenaza intrusiva y peligrosa que era menester evitar. Esta configuración existía también dentro de su mente y ella sentía a menudo la necesidad de disimular las conexiones que había para protegerse de la ansiedad y del dolor. En el análisis era capaz de resolver en gran medida este problema, proyectando vigorosamente en mí sus pensamientos potencialmente peligrosos y también su capacidad de entender; entonces podía hacer uso de métodos familiares y efectivos para defenderse de las amenazas que habían llegado a ser extremas.

La paciente había venido al tratamiento con numeros síntomas que incluían dificultades sexuales asociadas a sensaciones de pánico presentes en todo acercamiento a la intimidad. Sus síntomas habían mejorado mucho pero la amenaza de un contacto íntimo que no podía controlar, continuaba siendo un problema para ella. En el análisis su ansiedad se expresaba con sus largos silencios, con la cautela que revelaba lo que latía en su mente, con el estilo con que se defendía de las interpretaciones. Al mismo tiempo no me quedaba ninguna duda de que tenía una mente activa e inteligente, que estaba profundamente comprometida con su análisis; sentía que era muy importante para ella aunque raramente lo reconocía.

Poco antes de la sesión que voy a describir la paciente había recordado por primera vez un incidente de su infancia, algo que según dijo no había presenciado directamente pero que le habían contado. Cuando tenía cinco años y ya iba a la escuela, un camión que transportaba una caldera había perdido el control yendo a chocar contra la valla alta y gruesa que había delante de su casa, deteniéndose justo

delante de la sala de estar en donde su madre y su abuela estaban sentadas en aquel momento. Cuando ella volvió de la escuela una grúa ya se había llevado el camión. Después de una pausa dijo que ahora se le venía a la cabeza que de no haber sido por aquella valla tan recia el camión podría haber demolido la casa.

He aquí el ejemplo de una imagen que aparecía una y otra vez en el material de la paciente, reflejando una ansiedad que se expresaba en los problemas que tenía en toda forma de inutilidad. Un objeto irrumpía de forma violenta y descontrolada (amenazando a la madre y a la abuela). Esto señalaba la necesidad de una barrera de protección -en este caso la valla recia-, que sirvió precisamente para evitar la catástrofe. A veces ella sentía que yo no llegaba a entenderla y que intentaba animarla a quedarse más expuesta. Con frecuencia se reaseguraba pensando que, después de todo, era vital tener aquella protección y conjuraba imágenes de lo que hubiera podido ocurrir a sus objetos (y a ella misma) si no la tenía.

El material que emergía en aquel momento particular reflejaba el hecho de que la paciente iba sintiéndose un poco más segura y se había permitido ser un poco más abierta. Había empezado una nueva relación sexual y había podido hablarme de ella en las sesiones pero después de esta mayor accesibilidad, solía venir una retirada en el silencio y una resistencia mayor.

Poco tiempo después llegó a la sesión diez minutos tarde y jadeando. Dijo que le sabía mal llegar tarde, se había visto obligada a ocuparse de muchas cosas antes de salir de casa y le faltó tiempo. Después se quedó callada. Me sentí un poco frustrado y pensé con tristeza que tras años de análisis se daba cuenta de su retraso de esta manera superficial carente de insight. Cuando habló de nuevo, recordé de súbito algo que había olvidado, es decir que sus padres habían venido en una visita excepcional a Inglaterra y tenían que alojarse por unos días en casa de mi paciente. Su comentario de tener muchas cosas que hacer contenía una referencia implícita a este hecho y sobre todo al hecho de que ellos llegarían antes que ella hubiese vuelto de su trabajo de enseñante.

Estaba muy preocupada por el hecho de que sus padres se enterasen de su vida privada, especialmente de su vida sexual y también de su análisis (que ella trataba de una manera bastante similar por lo que atañe a sus padres). Nunca le había sido posible hablar con sus padres de sus relaciones y expuso en detalle las meditaciones precauciones que pensaba tomar para ocultar toda evidencia de su sexualidad, como por ejemplo esconder en un armario, cerrado con llave o en el desván, unas ligas y un camisón de dormir con adornos y volantes que le habían regalado. Era igualmente reservada por lo que al análisis se refiere y cuando la visitaban y ella no podía justificar su ausencia no dudaba en perder la sesión. Para esta visita había preparado una estudiada componenda: dejaría algunas sesiones y asistiría a otras, diciendo que tenía que quedarse algunas horas más en su trabajo. Pienso que existía la fantasía de que ambos padres, de manera diferente, tenían mucha curiosidad y eran muy intrusivos especialmente en referencia a su vida sexual.

Nunca había podido hablar abiertamente de estas cuestiones en familia si bien transmitía que había una atmósfera muy cargada en la que cada miembro de su familia tenía sospechas y fantasías sobre lo que estaba ocurriendo. Esto naturalmente se reflejaba en el análisis en donde le era difícil encontrar la manera de hablar de cualquier tema íntimo. Al contrario se me pedía tolerar tales situaciones en que era evidente la presencia de aquellas configuraciones primerizas en la mente de mi paciente y en la mía; parecía, en efecto, muy difícil encontrar la manera de mencionarlas directa y llanamente sin que me hiciera sentir que hacerlo era más bien inapropiado y erróneo.

Después de un silencio la paciente me dijo que había telefoneado a sus padres la noche anterior con objeto de comprobar que todo estuviera en orden y para confirmar los acuerdos para su llegada. Habló con su padre, preocupado por cómo se organizaban para dormir durante su estancia -preocupado sobre todo por si tuviera que compartir con la madre la cama de matrimonio. La paciente le tranquilizó (relatando este punto en un tono paternalista) y le dijo que no tenía que preocuparse, que tendría una cama individual y ella dormiría en una cama de matrimonio. El padre replicó: «¿Qué ¿tienes una cama de matrimonio?, ¿no sabía que tuvieses una cama grande!» Mi paciente le explicó calmada que tenía dos camas individuales en el dormitorio principal y una pequeña cama doble en la habitación de invitados. Había pensado que probablemente su madre le daba alguna patada durante el sueño y él no dijo nada más. Después ella se quedó callada un largo rato. Pensé que estaba claro que ella esperaba que le comentara este material aportado y que no tenía intención de decir nada más por su cuenta.

Le dije que me mostraba una ansiedad semejante a la de su padre y se comportaba como si para ella también fuese importante estar en una cama individual sin querer implicarse al parecer conmigo o con las cosas de las que me había hablado. Sabíamos que habían ocurrido muchas cosas pero tenían que quedar escondidas en el desván o cerradas con llave en el armario.

Entonces se quedó callada durante un largo rato. Pensé que esta situación estaba creando un cúmulo de dificultades; que la paciente había traído un material relacionado con sus imaginaciones y fantasías de lo que ocurría entre sus padres y también con lo que ella pensaba y sentía con respecto a la preocupación manifiesta de su padre por la manera de acomodarse para dormir. Yo conocía bien el proceso por el que la paciente me relataba algún material para después retirarse a una cama individual, dejándome a mí la opción de comentar los contenidos aportados que a menudo eran potencialmente excitantes o perturbadores para ella. Nunca me había parecido útil aceptar la responsabilidad de pensar y verbalizarlo todo en la sesión y aun así sentía que tenía que decir algo. No podía limitarme a esperar que la sesión entera transcurriera en silencio. Había pensado atentamente en mi interpretación y me había parecido un planteamiento razonable pero en el largo silencio que siguió vi con claridad que la paciente me trataba exactamente como a su padre, es decir como alguien que se había comportado de una manera acusadora e intrusiva, a la cual ella solo podía responder con la retirada. Me sentía pues como el padre edípico,

demasiado preocupado por la sexualidad de la hija y poco discreto con las patadas de la madre.

Después de otro largo silencio me dijo en un tono ansioso que de pronto se acordaba de que no había guardado las píldoras anticonceptivas. No pasaría nada si no se pusieran a escudriñar sus cajones. Quizá podría encontrar una manera de esconderlas sigilosamente mientras estuvieran sus padres en casa. Tras un breve silencio dijo que estaba empezando a entrar en un estado de pánico. La sesión se estaba terminando y al final la paciente se fue un poco desorganizada y parecía muy ansiosa.

Pienso que este material ilustra muchas características importantes de mi paciente. Lo que ha aparecido de manera persistente es la visión de una pareja de padres implicados en algo violento y peligroso, un derrumbamiento terrible de la valla y un camión con una caldera fuera de control frente al cual el objeto apenas pudo sobrevivir. No solo resultaba difícil y peligroso para la madre; también para el padre resultaba perturbador con las preocupaciones que le comunicó sobre la cama de matrimonio. Esta visión de la relación sexual de los padres nos ayudó a darnos cuenta de las ansiedades sexuales de mi paciente; si bien lo que surgió al disminuir su sintomatología fue que la fantasía de una pareja edípica violenta y destructiva contenía también para ella una buena dosis de excitación que a menudo recreaba, de forma menos amenazadora y excitante dentro y fuera del análisis. Otro aspecto de la situación edípica que emerge claramente aquí, y que liga con el primer ejemplo, es la manera de percibir correctamente la curiosidad, los celos y la excitación en el objeto parental y/o ser proyectadas en él. La curiosidad y la preocupación del padre era más evidente que la de la hija; en efecto, su interés por las dificultades de mi paciente era mucho más real que con la primera paciente antes descrita.

Esta combinación de percepción y proyección daba lugar a que la paciente evitase todo contacto con su propia curiosidad y sus celos; esto se hacía patente en su manera de hablar sobre los padres así como en su notoria falta de interés por lo que pudiera ocurrir en la vida de su analista. Lo que me importa en particular es la manera como alguna de estas preocupaciones se enactaron sutilmente en la transferencia de forma que yo me veía en el trance de tener que escoger. Podía permanecer callado evitando inmiscuirme en alguno de sus intensos sentimientos, que tanto se translucían; pero esto no hubiera brindado ayuda alguna; al contrario hubiera podido denotar por mi parte una inhibición ansiosa. Cuando intenté recoger el material de una forma que me pareció apropiada, esto me llevó a sentir que en realidad había procedido de una forma inadecuada e intrusiva. Una de las características impresionantes de la situación transferencial en que me encontraba, era tener que reconocer que cualquier forma de comportarme iba impregnada de las intensas proyecciones de la paciente y era susceptible de evocar en ella fuertes reacciones. Era difícil imaginar que yo podía hacer algo que pudiera ser sentido como correcto.

La conclusión es que esta situación volvía a surgir una y otra vez en la mente de la paciente. No solo se comportaba en el análisis de una manera evasiva, reservada y

provocadora, ocultando diferentes objetos excitantes en el desván; a mi entender había también una dificultad más seria en su propio pensamiento. Cualquier conexión que ella pudiera hacer en su mente era susceptible de adquirir una cualidad de invasión súbita y peligrosa, algo que amenazaba a los objetos de quienes dependía su vida. En lugar de hacer estas conexiones en su mente, utilizaba muy hábilmente su análisis para que yo hiciera estas conexiones y me obligaba a actuar de un modo en contra del cual ella podía defenderse ya que la amenaza se había vuelto extrema. Ella temía que si sus propios pensamientos fuesen más claros y directos, no habría valla que la protegiese; había la fantasía de que la relación sexual internalizada sería catastrófica. Esta necesidad de mantener una serie de vallas internas y externas conllevaba una restricción significativa de la calidad de su pensamiento y de su capacidad de apertura y espontaneidad tanto en el análisis como en sus relaciones sociales y sexuales.

Tengo la viva impresión de que estas ansiedades se basaban en experiencias y fantasías relacionadas con sus relaciones precoces de objeto, representadas por su relación de la boca con el pezón que se impregnó de fantasías espantosas. La paciente transmitía la imagen de una madre ansiosa, rígida y obsesiva de muy difícil acceso. Pienso que esto despertaba en mi paciente un impulso violento a penetrar en ella de uno u otro modo. Este impulso fue proyectado después en la madre, percibida entonces como amenazante e intrusiva. Su fantasía de la pareja parental fue inevitablemente investida con aquellas cualidades, con el pene que venía a representar un pezón violento e intrusivo.

En el análisis la paciente utilizaba masivamente procesos inconscientes proyectivos tanto para comunicar como también para sustraerse a sentimientos perturbadores. Pero entonces sentía tener que protegerse de una re-proyección violenta y potencialmente destructiva. En esta paciente los padres estaban diferenciados más claramente entre sí que en el caso anterior a que antes me he referido. Hay una cierta creencia en la posibilidad de una forma de relación sexual pese a representar un proceso peligroso y atemorizador. La paciente podía tener el pensamiento claro y a menudo era aguda en sus percepciones pese a que, como ya he indicado, seguía muy asustada por las consecuencias que pudiera tener el hecho de que pensamientos y fantasías se vincularan cuando se trataba de sentimientos amorosos intensos y primitivos o cuando se cargaban de excitación y destructividad.

COMENTARIOS

Espero que estas tres ilustraciones clínicas hayan brindado alguna indicación de la naturaleza de las fantasías edípicas prevalentes en cada uno de los pacientes. No solo se reflejaban las fantasías en el material sino que también se podían seguir, reenactados en las sesiones, los elementos del drama edípico. Mediante la operación de la identificación proyectiva e introyectiva los papeles asignados en la fantasía a paciente y analista eran a menudo complejos y reversibles. Un ejemplo de ello era la manera como se proyectaban los conflictos infantiles edípicos de modo que fuera el

analista quien tuviera que confrontarse con los dilemas incómodos.

Una cuestión planteada por estos casos se relaciona con el origen del modelo interno de la pareja parental (o las diversas versiones coexistentes de la pareja). Este modelo se basará en parte en las cuidadosas percepciones del niño sobre la naturaleza de la pareja, de la cual formaba parte en la situación nutricia, y además en su observación de la pareja edípica que preocupará al niño ulteriormente. La Sra. Klein investigó en sus variantes las distorsiones de la naturaleza de la pareja a causa de la proyección de cualidades y fantasías con propósitos defensivos o agresivos. Klein también orientó nuestra atención para considerar la importancia de la envidia que se despierta en el bebé cuando se da cuenta de que los objetos primarios se juntan con objeto de prodigarse gratificación mutua. Una de las maneras de tratar con los ataques envidiosos y celosos consiste en proyectarlos en las cualidades de la pareja, las cuales se ven así distorsionadas y deterioradas.

Naturalmente, el bebé es también el recipiente de las proyecciones de los padres y la versión de la pareja edípica que en él se establece puede ser en parte el resultado del modelo de pareja que existía en la mente de la pareja misma. En el tercer caso, por ejemplo, creo que la madre de la paciente veía todo contacto íntimo, desde la alimentación hasta las relaciones sexuales, intrusivo y perturbador, y esta visión era proyectada en mi paciente. En el material relacionado con el lecho de matrimonio, también el padre comunicaba su malestar y su reserva a implicarse con la madre de una forma demasiado íntima.

En el análisis, la relativa importancia de estos diversos factores en la evolución del modelo interno de la pareja edípica, será siempre difícil de valorar y modificará a menudo la comprensión de los cambios del paciente.

En este capítulo también he intentado poner de manifiesto que la fantasía de la pareja edípica está muy relacionada con la variada capacidad del paciente de usar su mente para crear vínculos entre sus pensamientos y sus sentimientos y para tolerar las ansiedades que derivan de estos vínculos. Si las ansiedades relacionadas con la fantasía de la pareja parental son demasiado grandes, habrá una interferencia con la capacidad de establecer conexiones con los contenidos de la mente del paciente, un proceso que parece depender de manera esencial de la fantasía asociada a la conjunción de boca y pezón o de pene y vagina.

Bion hizo una importante contribución a nuestra comprensión de la patología de la experiencia que el paciente tiene de cualquier pareja (Bion, 1959). Se refiere a la disposición del paciente a atacar el vínculo entre dos objetos, cuyo prototipo es el vínculo entre la boca y el pecho que despierta odio y envidia en el niño. Plantea que aun en el caso de que el niño sea participante activo de un acto creativo, compartiendo una experiencia emocional envidiable, se identifica también con la parte excluida y experimenta en consecuencia dolor, envidia y celos. (Así, de acuerdo con Klein, Bion postula una forma muy precoz de complejo de Edipo). La respuesta del bebé a la experiencia o a la fantasía de un vínculo creativo -primero entre boca y

pecho, después entre los padres sexuales- es atacada y transformada en una sexualidad hostil y destructiva que esteriliza la pareja. Esto puede adoptar la forma de un ataque al estado mental de la madre o de los padres o a la comprensión que pudiera desarrollarse entre paciente y analista.

La comprensión de como la pareja parental puede despertar la envidia del bebé con una proyección violenta y disruptiva en la pareja, a fin de separarlos y volverlos estériles, ha iluminado muchas de las versiones de la situación edípica que tenemos ocasión de abordar con nuestros pacientes.

Otro proceso al que me he referido también, desemboca en la experiencia del paciente de que la pareja edípica se engarza en una especie de interacción extravagante y a menudo violenta. Pero parece tener un origen diferente y basarse en otro mecanismo. En este caso el niño no se confronta con una pareja creativa que despierta su envidia; antes bien con una pareja parental o simplemente como una pareja que el niño siente impenetrable, incapaz de recibir adecuadamente sus proyecciones o de responder a ellas. Esto puede despertar intentos violentos de penetración, con ansiedades paranoides que eran más o menos manifiestas en mi tercera paciente; o puede dar lugar a un sentimiento de desespero y a una extraña situación que no se puede afrontar, como en el caso de mi primer paciente.

Estas alternativas dan pie a problemas de diagnóstico interesantes y difíciles ya que cada uno de ellos puede requerir un planteamiento diferente. Tengo la impresión de que en cada uno de los tres casos, pese a que la historia y la patología eran diferentes, había la fantasía de una pareja edípica muy trastornada; en el primer caso, por ejemplo, una pareja que no podía vincularse realmente, y en el tercer caso se trataba de una situación en que había que hacer frente al hecho de no poder penetrar en ningún modo la barrera o que tendría que llevarse a cabo con una violencia tal que bien pudiera ser catastrófica.

He intentado ilustrar de qué manera vívida se expresan estas configuraciones en la transferencia, ofreciendo al analista alguno de los dilemas con los que el paciente batalla de continuo. También he intentado mostrar el vínculo entre la manera de construirse internamente la situación edípica y el hecho de que la capacidad de pensar del paciente, como toda comprensión auténtica, depende de la identificación con una pareja capaz de una relación sexual creativa.

RECONOCIMIENTO

Se publicó una versión anterior de este capítulo con el título «El complejo de Edipo, manifestaciones en el mundo interno y en la situación terapéutica», en R. Britton, M. Feldman y E. O'Shaughnessy, *The Oedipus Complex today*, ed. J. Steiner, Londres-Karnak, 1989, 103-128.

CAPÍTULO 2

Escisión e identificación proyectiva

El concepto original de Freud de spaltung o escisión (splitting) iba vinculado a la «escisión de la consciencia», el proceso activo mediante el cual el inconsciente quedaba disociado gracias al mecanismo de la represión. Sin embargo, como señalan Laplanche y Pontalis (1973):

Para Freud la escisión es resultado del conflicto; de este modo, a su parecer, esta noción tiene un valor descriptivo pero no intrínsecamente explicativo... De hecho en el desarrollo concreto de su obra solo usa spaltung de vez en cuando y nunca se convierte en una herramienta conceptual. Cuando Freud lo utiliza es básicamente para referirse al hecho de que el aparato psíquico está dividido en sistemas (Inconsciente, Preconsciente, Consciente) o en agencias (Ello, Yo, Superyó), o para señalar que el Yo tiene una parte que observa y otra que es observada (Laplanche y Pontalis, 1973: 428).

Posteriormente Freud desarrolló el concepto de escisión del Yo, sobre todo en relación con los fenómenos clínicos que encontramos en el fetichismo y las psicosis. Utilizó este concepto para constatar la coexistencia de dos actitudes psíquicas frente a la realidad externa cuando esta interfiere en una demanda pulsional. Freud argumentaba que en estas circunstancias el Yo encuentra una solución haciéndose cargo de la realidad y al mismo tiempo desmintiéndola, sustituyéndola por un producto del deseo.

Klein, con su particular interés en la evolución de las relaciones de objeto internas y externas desde la primera infancia, estudiaba este mecanismo, por el cual el objeto queda escindido, como una de las operaciones defensivas más primitivas del Yo inmaduro. Este mecanismo se pone en marcha en un intento de sortear las intensas ansiedades que sufre el Yo primerizo. Esta autora consideraba que desde muy pronto el niño es capaz de alguna forma de fantasía y que una de las características de estas fantasías es que están relacionadas con objetos. De esta manera, las experiencias más primarias de placer van esencialmente vinculadas a la noción de un objeto que es fuente de placer y, a la inversa, la experiencia de malestar va vinculada a la noción de un objeto que causa malestar.

La función primaria de la escisión era separar los objetos asociados a la buena experiencia de aquellos que van asociados a la experiencia mala con objeto de proteger y preservar los objetos buenos, de los cuales depende la supervivencia del self. Eso suponía escindir simultáneamente todo lo percibido interiormente como doloroso y peligroso y proyectarlo en el mundo externo.

Klein reconocía sin embargo que el proceso de escisión no era tan solo un

proceso que se ponía en marcha con la manera de percibir y organizar los objetos. Del hecho de que los objetos internos y externos que habitan en el mundo del niño están básicamente relacionados con aspectos del Yo, se sigue que la escisión también involucra al Yo.

En palabras de Klein:

Creo que el Yo es incapaz de escindir el objeto -interno o externo- sin que tenga lugar al mismo tiempo la escisión de una parte correspondiente en el Yo. Por tanto las fantasías y sentimientos sobre el estado del objeto interno tienen una influencia vital en la estructura del Yo (Klein, 1946: 6).

Y siguió diciendo: «Es en la fantasía donde el bebé escinde el objeto y el self pero el efecto de esta fantasía es muy real porque conduce a sentimientos y relaciones (y ulteriormente a procesos de pensamiento) que de hecho quedan escindidos» (Klein, 1946: 6).

Klein consideraba la proyección como una manera que tiene el Yo de tratar con la ansiedad, desprendiéndose del peligro y de lo malo, el equivalente psíquico de expulsar del cuerpo sustancias peligrosas. Pero como sabemos, por la manera como un bebé o un niño pequeño utilizan sus funciones excretorias, aquellas expulsiones no tan solo pueden ser una vía individual de liberación de contenidos indeseables sino también una forma importante de interacción con alguien. Estas funciones se pueden utilizar agresivamente con tal de controlar al otro o para obligarlo de manera positiva.

Recapitulando, si creemos que nuestra percepción y experiencia de los objetos implica una fantasía de la relación entre el objeto y una parte del Yo (en su forma más simple, bueno o malo) esto va indisociablemente ligado a la correspondiente escisión del Yo. Además, el mecanismo de la proyección mediante el cual el organismo se esfuerza para liberarse de contenidos nocivos, implicará también la evacuación de una parte del Yo.

El concepto de identificación proyectiva, que Klein introdujo en 1946, hace referencia al uso de una fantasía omnipotente como defensa frente a ansiedades primerizas. Este concepto integra sus ideas sobre la escisión, la proyección y las formas primitivas de identificación. Los aspectos más importantes de este mecanismo de defensa implican aquellos elementos internos o partes del selfy se proyectan en la fantasía dentro de un objeto, con el cual el individuo se identifica parcialmente (y a veces totalmente). El objeto (cuyo prototipo es el pecho y más tarde la madre) resulta transformado por la proyección y es vivenciado como si aquellos elementos malos le pertenecieran. Quiero señalar que este concepto de identificación proyectiva implica una fantasía omnipotente inconsciente que, por definición, no depende de la participación del objeto.

De todos modos es evidente que los pacientes a menudo intentan utilizar el objeto para proyectar en él contenidos mentales intolerables por medio de la inducción de

sentimientos o pensamientos o llevándole a formas de enactación (enactment) que de manera compleja sirven para proteger al paciente del dolor (Rosenfeld, 1971b; Sandler y Sandler, 1979; Ogden, 1982; Joseph, 1985, 1987). Bion (1959), en sus estudios sobre el proceso de contención y las respuestas de la madre a las múltiples variantes normales y patológicas de identificación proyectiva, enfatizaba la función crucial de la madre de acoger y permitir sentirse afectada por la proyección de la intensa ansiedad y malestar del niño. Bion sugiere que forma parte de la función materna (o del analista) transformar los contenidos mentales intolerables proyectados de una manera que permita al niño (o al paciente) tolerarlos y, en definitiva, pensar en su propia experiencia. Este proceso se rompe cuando la madre se siente incapaz de acoger las proyecciones en su espacio psíquico o se ve movida a proyectar en su hijo elementos intolerables de su propia mente, o cuando vuelve a proyectar en el niño aquello que siente que le ha sido proyectado y que encuentra insostenible.

Joseph (1989a) en una serie de importantes trabajos ha descrito en detalle la manera como a menudo el paciente intenta llevar al analista a formas de enactación que funcionan como complejas organizaciones defensivas para preservar o restaurar una forma de equilibrio psíquico. En un tono en cierta manera parecido J. Sandler y A. M. Sandler (1978: 289) han descrito la relación de objeto de satisfacción desiderativa que el paciente trata inconscientemente de actualizar en la transferencia y Sandler (1990: 809) se refiere a los «intentos» que hace el paciente para imponer en la situación analítica una relación en que el analista juegue un papel, y esta forma de externalización de una relación, con el papel que juega un objeto interno, representa una parte integral de las relaciones de objeto en general.

De este cuerpo de trabajo emergen dos interesantes cuestiones. En primer lugar, ¿qué forma de experiencia emocional, fantasía, enactación fantaseada, o enactación real (Schafer, 1983) se requiere del analista para comprender la experiencia que el paciente quizá no es capaz de comunicar en palabras? Con el despliegue de nuestra comprensión de la contratransferencia hemos llegado a reconocer que las reacciones emocionales que el paciente induce en el analista no son siempre simples interferencias en las funciones del analista ni son tampoco debidas a su propia psicopatología; a menudo proporcionan información útil sobre las experiencias y relaciones de objeto del paciente.

Joseph sugiere que el analista debería permitirse vivenciar y responder internamente a las proyecciones del paciente -sean estados emocionales, fantasías o presiones a la enactación- con objeto de tomar conciencia de la emoción, la fantasía, la presión y su contenido. Si así procede, el analista podrá empezar a dar sentido a todo el conjunto. Por otro lado, si el analista reacciona sintiéndose arrastrado a formas más francas de acting out es probable que se endurezca la organización defensiva del paciente. De todos modos puede ser inevitable un cierto grado de acting out antes de que el analista sea lo bastante consciente de todo aquello que siente o hace el paciente (Pick, 1985; Carpy, 1989; O'Shaughnessy, 1992).

Es importante recordar que la respuesta del analista siempre vendrá determinada

por la necesidad de preservar su equilibrio psíquico y es posible que no esté guiada en primer término por el deseo de entender al paciente.

La segunda cuestión que surge es la siguiente: ¿A qué forma de respuesta se requiere del analista y por qué razón? Como hemos dicho antes el paciente puede esperar del analista que entienda la naturaleza de la experiencia que él no es capaz de comunicar en palabras y pueda confiar en que el analista no tan solo contenga aquello que le ha sido proyectado sino que además transforme esta experiencia en una comunicación que refleje aquella comprensión (Bion, 1959, 1962a, 1962b; Rosenfeld, 1971b). En estos casos aunque el paciente ejerza presión sobre el analista para que actúe de acuerdo con su fantasía, puede ser capaz de aceptar y utilizar la transformación en palabras que el analista hace de su experiencia.

Por otro lado el paciente puede utilizar la identificación proyectiva con la finalidad de que su mente se desprenda de contenidos perturbadores indeseables y toda tentativa de interpretación se encajará como persecutoria. En este caso el deseo inconsciente del paciente no es comprender antes bien externalizar unas determinadas relaciones de objeto sobre las cuales no quiere pensar ni comprender. Si el proceso de pensar o comprender es doloroso o da lugar a una ansiedad persecutoria que el paciente es incapaz de soportar, todo intento por parte del analista de pasar la comunicación desde el área de la acción a la del pensamiento puede provocar sentimientos de odio y persecución.

No es fácil comprender por qué el paciente necesita llevar al analista a la puesta en acto, a la enactación de una determinada relación de objeto. La enactación puede reflejar el fracaso de la comprensión o contención por parte del analista. Esto supone que si el analista fuese capaz de entender lo que el paciente se esfuerza inconscientemente en comunicar, la presión a la enactación disminuiría o desaparecería.

En estas enactaciones compulsivas y repetitivas también es posible reconocer algo más grave, esto es la satisfacción gratificante del orden de deseos destructivos descritos por Freud en Más allá del principio del placer.

Quisiera describir dos situaciones clínicas en las que pienso que se puede seguir el funcionamiento de alguno de los mecanismos que he venido describiendo.

PRIMERA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

Un paciente, el Sr. A., llegó a su primera sesión después de unas vacaciones y observé que a diferencia de su estilo habitual, hablaba de una forma clara y metódica. Dijo que al entrar en la sala de espera se encontró con un hombre (el paciente sabe que comparto espacio con colegas y a veces ha visto a otros pacientes en la sala de espera). Antes no se había encontrado con esta persona en particular y esto de entrada le había desconcertado. Pensó que quizá yo me había equivocado y había citado a dos pacientes a la misma hora. Imaginó que de súbito yo me daba cuenta del error, que

me sentía terriblemente avergonzado y no sabía cómo manejar la situación. Hizo conjeturas de que probablemente yo hubiera podido pedir a un colega que fuese a la sala de espera, llamara a uno de los que esperaban para explicarle la situación y entonces yo atendería al que hubiera quedado.

En su mente me representaba como alguien confuso, avergonzado e incapaz de hacer frente al embrollo que me había creado, y tenía que echar mano de alguien para resolver la situación. El paciente se encontró pronto en una posición desde la cual observaba tranquilamente la situación sin tan solo considerar la posibilidad de que pudiera equivocarse.

Después, durante la sesión, surgió el tema de lo ocurrido la semana anterior durante mi ausencia. Se encontró inmerso en un gran lío, había perdido el reloj, no sabía lo que estaba ocurriendo y así fue describiendo toda una serie de dificultades.

¿Qué mecanismos dinámicos podemos invocar que expliquen la situación que se produjo al comienzo de la sesión? Me parece que el conocimiento y la experiencia que el paciente tenía de su estado de confusión, su vergüenza por encontrarse en un embrollo durante las vacaciones y sus dificultades en relación al tiempo (expresadas por la pérdida del reloj) las proyectó en su fantasía. Después de una sensación momentánea de malestar al encontrarse con una persona desconocida en la sala de espera, se curó de los pensamientos inoportunos y perturbadores y de su experiencia; entonces se comportó de una manera bien organizada y eficiente mientras que su analista (en su fantasía) tenía que pedir ayuda para salir del embrollo.

A medida que la sesión iba transcurriendo el paciente se encontraba otra vez dentro de un marco familiar y tranquilizador; pienso que se sentía menos proclive a proyectar en mí aquellos estados mentales tan molestos y empezó a ser capaz de percibirme -mi voz, mi actitud-, a fin de reconocer que yo probablemente no me hallaba en un estado mental de confusión. A medida que reconoció esto también recuperó el conocimiento y el recuerdo de su malestar e incomodidad durante las vacaciones y su aprensión respecto al retorno.

Era evidente que el material que el paciente me proyectaba en su fantasía, que entonces consideraba como propiedades reales de mi mente, no constituía la totalidad de sus contenidos mentales. Conservaba una manera bien organizada de funcionar, capaz de imaginar de forma muy compleja y lógica lo que yo hubiera podido hacer para resolver las consecuencias de mi error y confusión. Incluso parecía empático hacia mi persona. Es evidente que en este caso nos encontramos con una escisión que ha tenido lugar en su mente, que forma parte de sus contenidos temporalmente inaccesibles y que tiñe sus percepciones y las fantasías que tiene de mí.

Debo añadir que había algo ligeramente inhabitual en este ejemplo de la identificación proyectiva del Sr. A. En la situación que he descrito yo estaba seguro de que estaba viendo al paciente correcto, en tiempo correcto y sabía que la persona que estaba en la sala de espera era un paciente de mi colega. Lo que el paciente dijo

no consiguió incomodarme. Pero en otras ocasiones él podía precisar mejor mi estado mental y seleccionar de una manera más eficaz, consciente o inconscientemente, aquello que podía decir o hacer para afectarme incluyendo impaciencia, incertidumbre o ansiedad. Dicho de otra manera, en muchos casos no solo tratamos la proyección fantasmática en el interior del objeto, de forma que este adquiere ciertas propiedades derivadas del estado mental del paciente (que encajan más o menos con el objeto), sino que a menudo nos hemos de ocupar de un proceso activo y dinámico en donde el estado mental del objeto se ve afectado por la proyección.

Esta formulación con respecto a lo ocurrido al comienzo de la sesión parecía confirmarse en el material que apareció durante la misma. Uno de los acontecimientos que habían tenido lugar durante las vacaciones fue que el Sr. A. se había trasladado a una oficina más grande, en otro piso dentro de la empresa para la cual trabajaba. De hecho se había trasladado mientras las dos personas con las que compartía el despacho se encontraban de vacaciones. Cuando estas personas regresaron se quejaron mucho porque el Sr. A. había dejado su despacho anterior terriblemente desordenado. No solo la zona desocupada sino toda la dependencia había quedado desordenada y sucia.

Mientras me estaba relatando todo esto, el Sr. A. parecía ligeramente afectado. Reconocía que quizá había tenido un cierto descuido pero añadió con énfasis que había intentado limpiarlo todo pero no había encontrado el tiempo para hacerlo. Después siguió describiendo, cada vez con más énfasis, que sus colegas eran poco razonables y neuróticos armando toda esta historia y que eran intolerantes y mezquinos.

A medida que hablaba iba adoptando una actitud llena de superioridad y hasta despectiva hacia sus colegas. No solo había dejado el despacho desordenado mientras ellos estaban ausentes sino que empezó a describirlos como personas que también tenían una empanada mental. Y adoptaba en sus comentarios una posición distante y neutra de superioridad moral y psicológica desde la seguridad de su espacioso despacho, limpio y de superior nivel.

Quizá el lector podrá ver este proceso muy similar al que se había producido al tratar su malestar y confusión momentáneos al comienzo de la sesión y que después relacionó con el descontrol en que se había encontrado durante la última parte de las vacaciones. La historia del despacho ya se concretó mucho: había desalojado un lugar y había desordenado el espacio que pertenecía a los demás mientras él era el espectador imparcial, ligeramente superior a los demás que eran los desordenados. Mientras estaba describiendo la relación con sus colegas en el trabajo, también era evidente que su respuesta a las quejas que le hacían los irritó todavía más y quizá esto los llevó a hablar y a comportarse de manera poco amable, lo que sirvió para confirmar la opinión que él tenía de ellos.

Para terminar quisiera mencionar que en la situación descrita, la identificación proyectiva parece haber sido «flexible» o «fluida». Durante la sesión el paciente fue

capaz de recuperarse y hablar de sus ansiedades y de su confusión sin sentirse terriblemente amenazado ni atacado por mí cuando le interpreté lo que pensaba que estaba ocurriendo.

SEGUNDA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

Este ejemplo procede de la supervisión de un psicoterapeuta en formación con una gran capacidad para el trabajo que tenía entre manos, llevaba el tratamiento de una mujer joven. En la sesión pre via a la que comentaré había surgido un material que nos había permitido identificar un rasgo muy obstinado de la paciente que parecía jugar un papel importante en las dificultades que experimentaba con la familia y al margen de ella. Llegó tres o cuatro minutos tarde a la sesión pero no hizo referencia a que había hecho esperar al terapeuta. Empezó diciendo que poco antes de la sesión había ido a una farmacia para probar un perfume. Mientras probaba unas marcas hizo esperar de manera deliberada a la persona que iba detrás de ella.

El terapeuta no estaba seguro de lo que tenía que hacer y de momento aludió a la circunstancia de que quizá le había hecho esperar también a él, pero la paciente no parecía saber de qué le estaban hablando. Había otro material y el terapeuta hizo una interpretación basada parcialmente en algo que había surgido en la sesión anterior sobre el hecho de que la paciente se comportaba a veces de forma obstinada y provocadora. La paciente dijo que no lo había entendido bien aunque pensaba que había dicho algo importante. Y pidió al terapeuta si por favor podía repetir lo que acababa de decirle. En lugar de contestar inmediatamente a la presión de la paciente el terapeuta esperó un momento y la paciente empezó a reñirle y a cuestionarlo, diciendo que le parecía que no haría lo que le había pedido, que seguiría callado, haciéndola esperar aunque pensaba que había dicho algo importante.

Parece evidente que en este momento el terapeuta era tratado como una persona testaruda y provocadora que retenía algo potencialmente útil para la paciente. Me gustaría explorar este ejemplo en detalle.

Antes de la sesión la paciente parecía ser lo bastante consciente de que se sentía movida a mantener deliberadamente a alguien esperando cuando probaba diferentes clases de perfume. No parecía darse cuenta de que al hacer esto también era probable que su terapeuta estuviese esperándola. Cuando llegó tarde y explicó el episodio es difícil creer que fuese consciente del vínculo entre ambos hechos. Parece en verdad que la responsabilidad de conocer su retraso y su posible motivación estuviese depositada en el terapeuta que en cierta manera se sintió provocado e impulsado a señalar que le había hecho esperar. Aparentemente la paciente no sabía a qué se estaba refiriendo.

Más adelante en el curso de la sesión, el terapeuta abordó directamente su conducta obstinada y provocadora. Me parece que la paciente se sintió afectada por lo que se dijo en la interpretación pues se dio cuenta de que el terapeuta había dicho una cosa importante. Pero entonces en lugar de tolerar la inquietud, la ansiedad o la culpa

con respecto a algo propio, proyectó inmediatamente en el terapeuta no solo la testarudez y la provocación sino también la capacidad de pensar, comprender y recordar. De esta manera, en apariencia, no se dio cuenta de su retraso y parecía haber olvidado que había reconocido haber hecho esperar adrede a alguien. Parecía que la paciente presionaba al terapeuta a comportarse de manera útil y razonable repitiendo la interpretación aunque conocía bastante al terapeuta y su técnica para saber que era poco probable que fuese complacida. De haberlo hecho así, sospecho que ello hubiera tenido poco o ningún efecto.

Por otro lado, comoquiera el terapeuta se comporta de la forma que ella espera y de hecho ella casi le invita a que lo haga así, se crea una situación familiar en la cual la paciente, en cierto modo, es una víctima tratada injustamente por un terapeuta provocador y testarudo. El terapeuta fue capaz de reconocer las presiones y se abstuvo de representar simplemente un rol con la paciente pero fue relativamente capaz de observar, pensar y comentar lo que estaba ocurriendo. Se hizo evidente que ella utilizaba la identificación proyectiva para defenderse; también utilizaba una defensa más compleja, en la cual necesitaba que el analista representase un papel repetitivo de un drama interno de la paciente (por ejemplo ser la persona que se somete un poco resentida ante las demandas de la paciente sin creer que esto le haga ningún bien); o por otro lado que se resista a esta presión y se dedique a acusar y a reprochar airadamente. Si se hubiese permitido actuar de cierto modo en respuesta a la referida presión o como reacción a la misma en lugar de mantener una posición analítica, el terapeuta habría apoyado la defensa de la paciente y esta situación interna se dramatizaría una y otra vez. Esto permitiría a la paciente evitar pensar, entenderse mejor a sí misma y evitar una mejor comprensión de sus relaciones de objeto.

Otra cuestión que plantea este material no se limita al uso defensivo de la escisión y de la identificación proyectiva que hace la paciente. Como referiré un poco después tiene que ver con la función comunicativa de estos mecanismos. La paciente creó en el terapeuta una experiencia muy viva de haber estado esperando a alguien ocupada en escoger un perfume, que se presentaba de una cierta forma altiva y no sabía de qué le hablaba cuando él se quejó. Hay algunos indicios de que aquello que la paciente le comunica inconscientemente a través de este drama es algo de su propia experiencia infantil: impacientarse y frustrarse por tener que esperar a una madre provocadora y narcisista que se pone perfume. Cuando la criatura protesta, sus quejas no son comprendidas ni tampoco se reconocen o no se escuchan adecuadamente. Cuando el terapeuta intentó hablarle su respuesta tenía un cierto carácter maternal: «¿De qué se trata preciosa? ¡Repítemelo!...» Esto deja a la criatura desconfiando de que la madre pueda entender algo por muchas veces que se lo repita.

COMENTARIOS

Ahora quisiera relacionar algunos aspectos de la escisión y la identificación proyectiva que considero que ilustran el material de estos pacientes. En primer lugar y a título de repaso: Klein utilizó el término de identificación proyectiva para

referirse a aquello que era una fantasía omnipotente, inconsciente mediante la cual se expulsaban contenidos mentales perturbadores no deseados, proyectados en un objeto como manera de liberar al self de algo malo; a veces también para atacar o controlar el objeto receptor de la proyección. Puesto que también se expulsa una parte del Yo, el objeto que recibe la proyección contiene también una parte del selfy en parte se identifica con ella. La paradoja se da porque aunque el objeto llega a identificarse parcialmente con una parte del self, no se reconoce el vínculo entre el selfy lo proyectado, es decir no se reconoce que el objeto tenga algo que ver con el selfo con aquello que ha sido proyectado; dicho de otro modo se ve al objeto como si contuviese aquellas características, motivaciones o funciones por mérito propio.

Hay que considerar otro aspecto de esta definición inicial de la identificación proyectiva como fantasía inconsciente. Al tratarse de una fantasía omnipotente se produce con independencia de las propiedades o reacciones del objeto, es decir no es menester que el objeto participe en el proceso. Pienso que encontramos ejemplos de ello en ambos pacientes. Al Sr. A. le resultó muy difícil desprenderse del malestar, la ansiedad y la confusión de las vacaciones y su vuelta al análisis; y era evidente que aun antes de encontrarse conmigo, en su fantasía, me había proyectado la confusión que sentía, su turbación y su tendencia a evitar el embrollo que había provocado. Lo que entonces dominaba la escena era su parte eficiente y práctica, sin preocupación alguna. El contacto conmigo durante la primera parte de la sesión, la disminución de la ansiedad y la capacidad de atenerse a la prueba de realidad (reality testing) modificaron la situación y entonces recuperó el contacto con su confusión y el desorden que previamente había proyectado.

Rosenfeld hizo una diferenciación importante entre el uso de la identificación proyectiva como medio de evacuación y su uso como medio de comunicación. Planteó que si predomina la primera motivación todo intento de interpretar el material al paciente no tendrá éxito porque siente que se intenta devolverle a la fuerza algo para él indeseable.

Por otro lado, cuando se utiliza básicamente la identificación proyectiva como una forma de comunicación primitiva, el paciente puede sentir que es útil la comprensión de aquello que ha proyectado y se sentirá aliviado cuando el analista sea capaz de entender y así ponerle en contacto con algo que el paciente por sí solo no podía afrontar o verbalizar.

La segunda paciente tenía la necesidad de no reconocer su obstinación provocativa y sus efectos que quizá habían generado sentimientos de ansiedad y culpa; pero también tenía la necesidad de que su terapeuta experimentara el hecho de ser un niño frustrado y atormentado por una madre narcisista que se está perfumando.

Hay otro aspecto de la identificación proyectiva que podemos entender mejor y que otros analistas han desarrollado a partir del trabajo de Klein. Está relacionado con el hecho de que la proyección es no solo una fantasía interna o que se utiliza para comunicar un estado mental o emocional, sino que funciona en realidad como un

medio de afectar al objeto e influir en su conducta. La experiencia subjetiva del analista es que está diciendo o haciendo algo bajo presión. Se siente forzado o impulsado de una manera no totalmente cómoda o egosintónica. A veces es posible reconocer la presión o la inducción de un estado mental desconcertante que se intenta comprender, pero otras veces la presión es más sutil o más forzada y el analista se verifica respondiendo a ella (este proceso se describe con mayor detalle en el capítulo 3).

En el caso del Sr. A. yo no era consciente de que hubiera demasiada presión sobre mí. Sospecho que en parte por la interrupción de las vacaciones, el Sr. A. en aquella ocasión era incapaz de sintonizarlo bastante con aquello que estaba ocurriendo entre nosotros para encontrar un método eficiente que me afectase, y su necesidad de transmitir algo era demasiado intensa.

En el segundo caso era muy evidente la presión a que se veía sometido el terapeuta hasta el punto de plantear la cuestión del retraso de la paciente, retraso del cual ella no se daba cuenta o que quizá había ignorado; la presión se traslucía también con el requerimiento de que el terapeuta repitiera la interpretación sea en un tono contemporizador o deslizándose en un proceso de queja recíproca.

Evidentemente hay que procurar evitar la tentación de «culpar» a nuestros pacientes por nuestro propio fracaso de comprensión o de técnica o a causa de nuestras áreas sensibles o conflictivas. También es demasiado fácil atribuir la mayor parte de las dificultades del análisis al uso que el paciente pueda hacer de la identificación proyectiva. Siempre es importante valorar la contribución de estos otros factores en las dificultades que surgen y que, en cierta manera, son responsabilidad del analista.

El hecho palmario es que el concepto de identificación proyectiva que Klein formuló y el trabajo de Bion, Rosenfeld y otros facilitando nuestra comprensión teórica y clínica de lo que implica, han ampliado enormemente el ámbito y la utilidad del modelo teórico. Esto tiene importantes implicaciones en la práctica clínica como espero haber podido demostrar.

RECONOCIMIENTO

Una versión anterior de este capítulo se publicó inicialmente bajo el título de «Escisión e identificación proyectiva», en *Clinical lectures on Klein and Bion*, ed. R. Anderson, New Library of Psychoanalysis, Londres, Routledge, 1992, págs. 74-88.

CAPÍTULO 3

Identificación proyectiva: la implicación del analista

Klein, en su formulación original del concepto de identificación proyectiva, hacía referencia a una fantasía inconsciente en la que el paciente expelía en otro objeto contenidos que normalmente sentía como perturbadores. A consecuencia de la proyección este objeto queda parcialmente transformado en la mente del paciente y adquiere entonces las cualidades que el paciente ha expulsado de sí. Además de ser un método de evacuación, Klein sugería que la identificación proyectiva puede cumplir una serie de funciones inconscientes, por ejemplo permitir al paciente el mantenimiento de la creencia de poseer el objeto o que es capaz de controlarlo desde dentro. Habitualmente estos procesos proyectivos alternan con otros introyectivos. Así, la fantasía de intrusión forzada de partes del self en el interior del objeto, con la finalidad de poseerlo y controlarlo, crea problemas con la introyección normal porque el paciente puede encontrar dificultades para diferenciarla de la entrada forzada desde fuera como represalia por sus propias proyecciones violentas (Klein, 1946: 11).

La exploración de estas fantasías violentas ha aumentado nuestra comprensión de las necesidades defensivas del paciente que estos mecanismos mentales primitivos satisfacen. La elucidación de estos procesos, en el pasado, con frecuencia parecían destacar el papel del analista como observador desapasionado; de hecho desde los albores del psicoanálisis se ha reconocido el impacto que tienen, sobre el analista, las fantasías y las acciones del paciente. Después del trabajo pionero de Heimann (1950) y Racker (1959) ha habido un interés creciente en la investigación sistemática de la manera como las fantasías del paciente, expresadas por medios verbales o no verbales, groseras o sutiles, pueden llegar a influir en el estado mental y la conducta del analista. Fairbairn (1958) escribió: «En cierto sentido, el mismo tratamiento psicoanalítico se decide en un tesón del paciente para forzar su relación con el analista en el sistema cerrado de su mundo interno, a través de la transferencia» (Fairbairn, 1958: 385).

Ahora reconocemos que si esta presión consciente o inconsciente sobre el analista puede interferir en su funcionamiento, también puede servir como fuente inestimable de información sobre la vida mental inconsciente del paciente, en particular sobre sus relaciones de objeto. Más recientemente algunos autores se han interesado en la elaboración del concepto de contratransferencia, en aquello que se ha descrito como modelo «interactivo» del psicoanálisis. En él se destaca la importancia de las propias experiencias subjetivas del analista en su comprensión y método de respuesta a su paciente. Tuckett (1997) nos ha ofrecido un excelente comentario sobre algunos trabajos interesantes en este campo. Basándose en las ideas de Racker (1958), Sandler (1976) y Joseph (1989a) elabora un modelo de la situación analítica en la que tanto el paciente como el analista se implican en una enactación (enactment) inconsciente, cada uno de ellos presionando sobre el otro de modo más o menos sutil con tal de

relacionarse según una fantasía consciente actual. Puntualiza que: «La enactación permite reconocer de forma representable y comunicable las identificaciones inconscientes y los niveles primitivos de funcionamiento que, de otro modo, tan solo podrían adivinarse o ser tratados a nivel intelectual» (Tuckett, 1997: 214).

En este capítulo quiero centrarme especialmente en la naturaleza de la implicación del analista que el paciente parece necesitar como componente esencial de su uso defensivo de la identificación proyectiva. Propondré que la proyección de elementos de una relación fantaseada de objeto supone un intento del paciente para reducir la discrepancia entre una relación arcaica de objeto y una relación de objeto alternativa que pudiera confrontar el paciente y que supusiera una amenaza para él. A veces el analista es usado primordialmente como un receptáculo de proyecciones a través de las cuales se transforma, tan solo, en la fantasía del paciente. Más a menudo, como hemos señalado antes, resulta necesario para el paciente que el analista se implique exteriorizando algunos aspectos de las fantasías que reflejan las relaciones con los objetos internos del paciente.

Espero ilustrar alguna de las maneras en que el paciente usa la identificación proyectiva, ejerce una presión sutil y poderosa sobre el analista con el objeto de satisfacer las expectativas inconscientes insertadas en estas fantasías. Así pues el impacto sobre el pensamiento, los sentimientos y las acciones del analista no es el resultado de un efecto colateral adventicio de las proyecciones del paciente; ni se trata tampoco necesariamente de la manifestación de los propios conflictos y ansiedades del paciente sino que a menudo se presenta como un complemento esencial del uso efectivo que el paciente hace de la identificación proyectiva. Más adelante, en este capítulo, tendré en cuenta alguna de las funciones defensivas que llevan a cabo estos procesos. Confrontado con una presión de este tipo el analista puede ser capaz de mantenerse cómodo y seguir en su rol y función, participando en una observación y comprensión empáticas, pudiendo reconocer las fuerzas a las que se ve sometido, con algunas ideas respecto a su origen y motivaciones. Por otro lado puede sentirse perturbado por el impacto y la transformación de su estado mental y físico. Puede que se sienta soñoliento, confuso, ansioso o eufórico. Finalmente puede darse cuenta de que se ha visto arrastrado inconscientemente hacia una enactación sutil y compleja que no forzosamente le perturbó de entrada pero que después pudo reconocerse como la exteriorización de elementos importantes de las relaciones internas de objeto del paciente.

Nos interesa el sistema en que paciente y analista se desenvuelven con las ansiedades y necesidades surgidas en cada uno de ellos por las fantasías de determinadas relaciones de objeto. La perturbación sea en el paciente, en el analista o en ambos surge de la discrepancia entre las fantasías preexistentes, que en parte tranquilizan o gratifican, y aquellas francamente amenazadoras con las cuales se enfrentan, uno y otro, en la situación analítica. Pienso que esta discrepancia inoportuna impulsa a los dos a desplegar mecanismos proyectivos o alguna variedad de enactación en el intento de crear una mayor correspondencia entre las fantasías inconscientes preexistentes y aquello que experimentan en el encuentro analítico.

Como espero ilustrar, una parte de la tarea del analista estriba en reconocer alguna de estas presiones y ser capaz de tolerar el vacío entre las fantasías gratificantes o reaseguradoras y aquello que se aborda en la situación analítica que incluye las ansiedades inconscientes evocadas por las proyecciones del paciente.

Rosenfeld (1971b) describió el caso de un paciente psicótico que al confrontarse con interpretaciones que admiraba, se sentía lleno de envidia y movido a atacar las funciones de su analista. En su fantasía entraba como un gusano en el cerebro del analista interfiriendo como un parásito en la rapidez de su pensamiento. Este uso de la identificación proyectiva se asociaba con frecuencia al hecho de que el paciente se volvía confuso, incapaz de pensar o hablar correctamente y experimentaba ansiedades claustrofóbicas y paranoides de quedar atrapado dentro del analista. Rosenfeld señaló la necesidad que tiene el analista de seguir empáticamente la descripción que hace el paciente de los acontecimientos reales y fantaseados que a menudo son reenactados a través de la proyección en el analista. El analista ha de integrar en su propia mente, los aspectos difusos, confusos o escindidos de los procesos de protopensamiento del paciente, de manera que progresivamente se vuelvan significativos y adquieran sentido (Rosenfeld, 1987: 160).

Cuando Rosenfeld fue capaz de interpretar al paciente, de manera clara y detallada, la dinámica de su estado, disminuyó su ansiedad por haber destruido el cerebro del analista. El paciente, aliviado, pudo experimentar al analista como servicial e íntegro. Cuando pudo introyectar este objeto en buen estado, por un momento llegó a recuperar su propia capacidad de tener un pensamiento y un lenguaje más claros.

Bion (1958) nos ofrece una compleja descripción del comienzo de una sesión con un paciente psicótico que al llegar al consultorio echó una rápida ojeada al analista y se detuvo mirando fijamente al suelo junto a un ángulo de la habitación; entonces tuvo un pequeño escalofrío. Se retiró al diván manteniendo la mirada concentrada en el mismo rincón. Cuando empezó a hablar dijo sentirse completamente vacío y que ya no sería capaz de sacar partido de la sesión. Bion explica claramente los pasos del proceso por el cual el paciente utilizó en primer lugar, sus ojos para la introyección y después para la expulsión, creando una figura alucinatoria de un cariz amenazador, acompañada de un sentimiento de vacío interior. Al hacer una interpretación en este sentido, el paciente se tranquilizó y dijo: «He pintado un cuadro.» Bion (1958: 343) dice: «El silencio que siguió significaba que el material para la siguiente interpretación del analista estaba ya en mi poder.» Bion indicaba que su tarea era tener en cuenta todos los acontecimientos de la sesión hasta aquel momento, tratando de relacionarlos y discernir un nuevo modelo en su mente que pudiera servir de base para la interpretación siguiente.

En el capítulo 2 he descrito cómo un joven A, al encontrarnos por primera vez después de una interrupción por las vacaciones, se sintió de entrada desconcertado al encontrar a una persona en la sala de espera y entonces llegó a la conclusión de que quizá yo me había equivocado. Imaginó que esto me provocaría un malestar y una

vergüenza que no sería capaz de afrontar y que mandaría a otro colega para solventar el problema. Una vez llegado a esta conclusión el paciente se tornó observador, tranquilo y seguro de sí mismo, del embrollo en que estaba su analista. El paciente me explicó después que durante mi ausencia en las vacaciones sufrió un serio percance al haber perdido su reloj y sintió que no sabía lo que le estaba ocurriendo.

Yo planteaba que el paciente, en su fantasía, había proyectado en mí su experiencia de confusión y sus dificultades con respecto al tiempo. Después de sentirse incómodo por un momento en la sala de espera, se «curó» de su experiencia perturbadora y así se convirtió en el espectador psicoanalítico tranquilo mientras que yo, en su fantasía, tenía que buscar auxilio para salvarme del error que había cometido en mis horarios.

Estos ejemplos ilustran la creencia inconsciente del paciente en la eficiencia de un proceso concreto a través del cual (normalmente) partes indeseables y amenazantes de la personalidad se pueden escindir y proyectar. Los motivos de esta proyección son variables pero la implicación del objeto como receptor de la proyección es un rasgo definitorio de la identificación proyectiva, como lo es la creencia de la transformación del objeto a causa de la proyección. Esta transformación puede tener lugar en relación con un objeto delusorio o alucinatorio, un objeto ausente o un objeto onírico; pero en nuestro trabajo lo importante es la investigación del proceso en relación al analista en el consultorio con el paciente. En los ejemplos citados, al parecer los pacientes no tenían duda alguna sobre la efectividad de la transformación de ellos mismos que acompañaba a la transformación del objeto. Basándose en sus previas experiencias en el análisis pienso que los pacientes eran capaces de dar por hecho la simpatía, la comprensión y la receptividad del analista pero se trata de una característica de los procesos proyectivos, evidenciados en estos ejemplos, que no dependían de una evidencia simultánea de la capacidad y disposición del analista a recibir las proyecciones.

En estos ejemplos, ciertamente, el rasgo digno de mención es el contraste entre la imagen que tenemos del estado mental real del analista y la manera de representarse en la fantasía del paciente. Como señala Bion, los pacientes varían en la medida en que son capaces de dar «pasos realistas» con el fin de afectar al objeto a través de la identificación proyectiva, y varían en su capacidad de reconocer y respetar las propiedades que corresponden al objeto. Por tanto en algunos pacientes es probable que la fantasía omnipotente tenga escasa contrapartida en la realidad. Cuando Rosenfeld y Bion han hecho importantes contribuciones a nuestra comprensión del impacto que conllevan las proyecciones del paciente sobre el analista en las situaciones citadas, ambos analistas denotan una atención reflexiva, amable y tranquila en marcado contraste con la fantasía de un objeto persecutorio o de un analista que tiene la mente invadida o dañada. Cuando Rosenfeld hablaba a su paciente con calma, reflexivo y empático, tenía en cuenta la fantasía pero mostraba claramente un estado de cosas diametralmente opuesto a lo que había en la fantasía del paciente y este era capaz de recuperar algunas de las funciones del Yo que había perdido.

Con mi paciente, el Sr. A., yo estaba interesado por la experiencia que él vivía y por las cualidades que me había investido de momento en su mente. En realidad no me sentía inseguro ni confuso, estaba convencido de que veía a mi paciente correctamente y en el momento justo. En esta ocasión lo que él dijo no me molestó. Otra característica de este caso es que cuando le hablé de modo que dejaba ver que no estaba confuso ni particularmente ansioso y le di la impresión de que comprendía algo, fue muy capaz de recordar e integrar mejor sus propias experiencias. Después, en la sesión, me explicó que durante las vacaciones se había mudado a un despacho más grande y espacioso en una planta superior. Las dos personas con las que había compartido el espacio anterior se encontraban ausentes y al volver se quejaron agriamente del desorden terrible que el Sr. A. había dejado. Él dijo indignado que quizá había podido dejar un poco de desorden. Había intentado ordenarlo pero tenía que ocuparse de otras cosas. Siguió insinuando que sus colegas se habían comportado como neuróticos y poco razonables y dio otros ejemplos de su conducta infantil. Empezó a adoptar un aire de persona superior, seguro de sí mismo en la gran oficina tal como yo le había percibido al comienzo de la sesión.

De entrada no me había planteado por qué razón me había sentido tan cómodo y seguro con el material que había presentado el paciente al comienzo de la sesión, después de las vacaciones. Sospecho que estaba dramatizando, en parte, la relación de objeto que el paciente acabó de aclararme más tarde. Yo era la persona sana, sensible y segura de sí misma en una posición superior, que se las tenía con alguien en quien se había proyectado casi toda la perturbación y confusión. Esta proyección y la discreta enactación (enactment), a que dio lugar, no consiguieron alterarme ni tampoco alertarme en aquel momento ya que mi papel como analista observador imperturbable, en un nivel superior, era congruente con una versión de mí mismo con la que me sentía razonablemente cómodo, al menos por unos momentos.

Reflexionando sobre este material me di cuenta de que de entrada tampoco reconocí el mensaje inconsciente del paciente que entrañaba una amarga queja por haberle dejado en aquel embrollo durante las vacaciones, haciendo hincapié de forma defensiva en que yo había intentado hacer algo al respecto a la par que negaba en gran parte mi responsabilidad por el embrollo. Como ilustraré más adelante, hemos aprendido a darnos cuenta no solo de nuestros sentimientos de malestar como posibles reflejos de la identificación proyectiva del paciente, sino a tener en cuenta aquellas situaciones en que podemos sentirnos demasiado seguros y cómodos, demasiado confiados en saber dónde radica la patología y quién es el responsable del embrollo. Pienso que este ejemplo ilustra el caso de una relación compleja entre la proyección en un objeto de la fantasía (aún en ausencia del objeto real) y aquello que sucede cuando paciente y analista se encuentran, cuando empiezan a producirse interacciones bastante sutiles, no omnipotentes, basadas casi siempre en proyecciones inconscientes en el analista.

Evidentemente, no es difícil verificar las ventajas de la proyección en un objeto alucinatorio, delusorio o ausente. Puesto que se trata de un proceso omnipotente no hay duda sobre la receptividad del objeto y su consiguiente transformación. (También

parece poco problemática la correspondiente introyección de las cualidades valiosas del objeto.) El paciente no aborda el contraste entre fantasía y realidad, que es perturbador, ni tampoco se enfrenta con las diferencias entre él y el objeto.

¿Cuáles eran los factores que permitían un proceso integrativo más benigno que tiene lugar aunque temporalmente y que Rosenfeld (1917, lb) describe? ¿Cómo es posible que un paciente pueda tolerar a veces, y sentirse además muy aliviado, cuando se ve confrontado con un analista en un estado del todo discordante con su realidad psíquica de aquel momento? ¿Y por qué, por otro lado, se sienten movidos a otros métodos más sutiles o más violentos para implicar al analista a través de la identificación proyectiva? Si bien el paciente de Bien había escindido y proyectado una versión persecutoria peligrosa del analista en el objeto alucinatorio del rincón, al menos tenía una cierta noción de comunicación simbólica benigna, comunicación que se halla implícita en la creencia de que es posible representar una imagen en la mente de un analista idóneamente receptivo. Otros pacientes, al parecer, no tienen la menor creencia en esta posibilidad o no pueden tolerar una configuración de este tipo. Bion (1959) ha descrito de manera muy viva cómo el bebé que se encuentra con aquello que parece un objeto impenetrable, se siente movido a hacer proyecciones con vigor creciente en este objeto. La experiencia precoz de estas dificultades con la receptividad del objeto puede inducir al paciente a implicar de tal manera al analista que la mente de este llegue a perturbarse; o puede forzarlo a ser complaciente o persecutorio. Diríase que el paciente tiene dudas sobre la posibilidad de comunicación simbólica o sobre la receptividad del objeto a cualquier forma de proyección, que no puede cesar en su empeño hasta tener la evidencia de su impacto en la mente y el cuerpo del analista. Si esta evidencia no se produce y confirma así una experiencia primitiva con un objeto inasequible y odioso, el paciente puede abandonar, desesperado, la comunicación.

Tendemos a asumir que una vez que el paciente se ha sentido comprendido, en el sentido de que se ha aceptado una parte de él, se encuentra aliviado al contrastar la imagen más sana y benigna del analista con el objeto arcaico que él le había proyectado (si usamos las palabras de Strachey, 1934). A veces suponemos que es solo el funcionamiento de la envidia lo que obstaculiza aquel proceso. Sin embargo a menudo detectamos que está en marcha un impulso diferente, es decir el afán insistente de identidad que parece paradójico y difícil de conciliar con el ansia de una experiencia mejor y más constructiva. Es como si el paciente necesitase que la experiencia o la conducta del analista se correspondiesen, en cierta medida, con su fantasía inconsciente; y así se ve incapaz de tolerar o de hacer uso de cualquier discrepancia por mucho que le reaseguremos lo que pueda tener de benéfica. Al contrario, como Sandler y Sandler (1978, 1990) han señalado, los intentos del paciente de «hacer reales» estas fantasías, se pueden considerar como una forma de realización de los deseos al servicio de una función tranquilizadora y gratificante.

Joseph (1987) relata una sesión en la cual una analista interpretó a una niña, víctima de serias privaciones, su reacción al final de una sesión del viernes. La analista interpretó los deseos apresurados de la niña de hacer una candela como

expresión de su deseo de llevarse consigo un objeto cálido. La niña se puso a gritar: «¡Imbécil!, desnúdate y sal a la calle.» La analista trató de interpretar los sentimientos de la niña al sentirse abandonada y expuesta al frío, pero la niña replicó: «¡Basta de charlar y desnúdate!, ¡tú tienes frío, yo no!» Aunque la proyección en la representación de la analista lleva a la niña a decir «tú tienes frío, yo no tengo», esto no es suficiente para ella. Su percepción no delirante de la analista como alguien relativamente cálida y acomodada le lleva a intentar forzarla a desnudarse en realidad. De manera que entonces tendría frío y no habría el contraste inmensamente doloroso y perturbador entre la representación interna y la figura que encuentra en el mundo externo. La escenificación dramatizada se reproduce de maneras muy sutiles con muchos de nuestros pacientes.

Sugiero que esta necesidad va más allá y parece entrar en conflicto con la necesidad de ser entendido o tranquilizado respecto a la capacidad del objeto de recibir y «contener» las proyecciones. La falta de esta correlación entre realidad interna y realidad externa no solo puede desencadenar envidia o dudas en cuanto a la receptividad del objeto, sino que puede fraguar también un espacio alarmante en donde podría tener lugar un nuevo conocimiento y comprensión que muchos pacientes encuentran intolerable.

Desde luego, doy por sabido un cierto conocimiento de cómo Rosenfeld y Bien han ampliado y profundizado nuestra comprensión del uso de la identificación proyectiva como medio de comunicación, con el reconocimiento del uso forzado y hasta violento en el intento de penetrar un objeto impenetrable e inhóspito. Evidentemente, en la clínica el uso que el paciente hace de una proyección más intensa puede ser debido a su vivencia del analista como de una figura no comprensiva ni receptiva, cosa que tal vez el analista no percibe.

Hemos logrado importantes progresos en nuestro conocimiento y comprensión de las situaciones en que el paciente tendría la necesidad de proyectar un sentimiento de confusión, incapacidad o excitación en el analista; también de las maneras más sutiles y complejas de inducir en el analista determinados estados mentales, susceptibles de diversas formas de enactación, relacionados con la historia precoz del paciente, con sus ansiedades, defensas o deseos actuales. Quiero considerar a qué funciones sirven aquellas interacciones y de qué manera el paciente consigue implicar al analista. A veces el analista se dará cuenta de que hay algo ligeramente ajeno, perturbador y discordante con una visión de sí mismo que pueda tolerar cómodamente; hemos aprendido a considerar este estado como resultado de la identificación proyectiva del paciente. Este reconocimiento nos puede llevar a una mejor comprensión de nuestras propias dificultades y de las configuraciones de las relaciones de objeto importantes del paciente que se reproducen en la situación analítica. Autores como O'Shaughnessy (1992) y Joseph han descrito las dificultades para reconocer sencilla y rápidamente aquellas formas en que la identificación proyectiva ha implicado al analista. A la inversa, el analista puede tener una implicación cómoda, amable y desapasionada que he descrito al comienzo de este capítulo. Lo que se evidencia a menudo es que este estado representa la convergencia inconsciente de las necesidades

defensivas de paciente y analista y puede actuar en contra de un progreso real.

Money Kyrle (1956: 361) describe el proceso que tiene lugar de la siguiente manera: «A medida que el paciente sigue hablando, el analista se identifica introyectivamente con él y una vez lo ha entendido en su interior, lo re proyecta e interpreta.» Dos factores pueden crear particulares dificultades para comprender o ayudar al paciente. En primer lugar hay que considerar la proyección del paciente y la renegación de aspectos no deseados de sí mismo. En segundo lugar, cuando estas proyecciones concuerdan con aspectos no resueltos y no comprendidos del analista, este puede tener dificultades para re proyectarlos adecuadamente al paciente. Si entonces el analista no puede tolerar la sensación de estar agobiado por el paciente como una figura irreparable y persecutoria dentro de él, es probable que recurra a una forma de re proyección defensiva que excluye al paciente y crea un obstáculo sobreañadido a la comprensión. Money Kyrle (1956) señala que algunos analistas, por ejemplo aquellos que anhelan al máximo reasegurarse con un éxito constante, sienten con más intensidad que otros la tensión por no ser capaces de entender o ayudar al paciente. Money Kyrle sugiere que el grado en que un analista se ve emocionalmente perturbado por períodos de no comprensión, dependerá probablemente de la severidad de su Superyó. Si nuestro Superyó es predominantemente amistoso y servicial, podemos tolerar nuestras propias limitaciones sin demasiado estrés y, si estamos tranquilos es más fácil recuperar el contacto con el paciente. Pero si el Superyó es severo podemos tomar consciencia de un sentimiento de fracaso como expresión de culpa inconsciente persecutoria o depresiva. O tal vez podemos acusar al paciente como defensa frente a aquellos sentimientos.

Aunque encuentro las descripciones de Money Kyrle familiares y convincentes, cada vez más nos hemos dado cuenta de que cuando el analista se enfrenta a este tipo de ansiedades y tensiones, puede tratar inconscientemente de disminuirlas a través de la enactación de una relación compleja con el paciente, cosa que servirá para tranquilizarlos a los dos. El analista puede esforzarse en crear una correspondencia más estrecha entre una representación interna de sí mismo, más cómoda y gratificante, y la manera en que vivencia e interpreta la situación externa. En realidad, aunque pienso que Money Kyrle describe el proceso gracias al cual el analista se libera de la proyección del paciente, a fin de entender y comunicar, la re proyección que describo puede ser una forma de enactación merced a la cual el analista concluye una versión incómoda de su relación con el paciente. Volviendo por un momento a la descripción que hace Rosenfeld (1987) de su trabajo con un paciente psicótico, citado al comienzo:

Una de las dificultades al elaborar situaciones de este tipo en el análisis, es la tendencia a la repetición interminable a pesar de que el paciente haya comprendido que se ha llevado a cabo un trabajo analítico útil. Al tratar con pacientes y procesos de este tipo es importante aceptar que una gran parte de la repetición es inevitable. La aceptación por parte del analista de la reenactación del proceso en la transferencia ayuda al paciente a sentir que el

self, constantemente escindido y proyectado en el analista, es aceptable y no tan perjudicial como temía (Rosenfeld, 1987: 180).

¿Por qué Rosenfeld se dirige a sus colegas en estos términos? Pienso que nos señala el hecho de que hasta que el analista no reconoce que la repetición y la reenactación son normales, quizá incluso necesarias, se puede desanimar o sentirse confuso o resentido. Dicho de otra manera, lejos de poderse sentir razonablemente confiado en la representación de sí mismo como analista útil, efectivo y paciente, podría sentirse anonadado por una versión intolerable de sí mismo con la que podría tratar de proceder de manera muy concreta. El analista podría poner en acto esta situación reprochando y acusando al paciente de un modo hostil y crítico, o entrando en un apañó colusivo-defensivo o terminando desesperado el tratamiento.

Lo que quiero sugerir, por tanto, es que aquello que se proyecta no es básicamente una parte del paciente sino la fantasía de una relación de objeto. Esto es lo que afecta al analista y puede permitirle permanecer razonablemente cómodo o, al contrario, le puede perturbar y llevarlo a la dramatización (enactment). A veces esta enactación se puede corresponder con la fantasía que se le ha proyectado, de forma que el analista se vuelve demasiado complaciente o demasiado severo. Por otro lado la enactación podría representar la tentativa, por parte del analista, de llevar al primer plano una fantasía menos perturbadora (por ejemplo distanciándose consciente o inconscientemente de una figura arcaica impotente o sádica). Finalmente también hemos de ser conscientes de que el impulso hacia la enactación puede reflejar aspectos irresueltos del analista, de sus propias relaciones internas de objeto patológicas.

Pienso que O'Shaughnessy (1992) aborda alguna de estas cuestiones con una gran claridad e insight. Describe el particular comportamiento de un paciente que la llevó a hacer interpretaciones insulsas y nada inquietantes, sugiriendo lo que aparecía como vínculos congruentes con su propia historia. Y de este modo parece que al principio la analista con razón se sentía cómoda en su papel y funciones. De todos modos, pasado un tiempo se sintió incómoda e insatisfecha con estas interpretaciones que parecían poco auténticas y que no promovían cambio alguno. Creo que el insight y el trabajo implícito en el reconocimiento de algo en la relación limitada y muy cercana que la paciente tenía con ella, junto a su propio proceder insustancial, llevaron a una transformación crucial en las representaciones que de sí misma tenía la analista y, por tanto, en su capacidad de funcionar. Hay una correspondencia entre la representación interna de sí misma, como persona reflexiva reparadora, y la persona que ha sido capaz de reconocer el grado de acting out que ocurre inevitablemente, lo que puede utilizarse para una nueva comprensión. Esta variación de enfoque en la perspectiva interna promueve el cambio desde una situación en que la analista está inconscientemente implicada en la enactación de los problemas de la paciente, hasta la emergencia del potencial para la contención y transformación a cargo del analista, lo que se refleja en un cambio de estilo y de contenido de las interpretaciones.

Lo que O'Shaughnessy pudo entonces reconocer era la función que tenía para la

paciente esta relación tan estrecha, aislada y vacía. El hecho de que la paciente se refugiase en la simetría y en la relación estrecha, hacía pensar que tenía miedo de las diferencias y de la distancia entre ella y sus objetos. La suavización entre analista y paciente era necesaria porque la paciente tenía miedo de una implicación intensamente erotizada y violenta. Supongo que había evocado inconscientemente en la mente de su analista versiones correspondientes a estas fantasías perturbadoras que dieron lugar al funcionamiento descrito anteriormente. O'Shaughnessy refiere que cuando había la amenaza de que pudiera aparecer una ansiedad aguda, la paciente se esforzaba en reconstruir su refugio, controlando a la analista de una manera sutil y vigorosa para aproximarse todavía más y operar dentro de esta limitación.

Así, al comienzo del análisis la paciente transfería a la situación sus relaciones de objeto sumamente restrictivas. Debía haber comunicado con palabras y proyecciones no verbales sus intensas ansiedades relacionadas con una relación de objeto más plena y libre y las fantasías aterradoras, eróticas y violentas, que asociaba a una relación de este tipo.

Creo que las ansiedades de la analista de ser vívida, tanto por parte de la paciente como de sí misma, en estos roles perturbadores y destructivos la llevaron a funcionar de la manera que la paciente parecía necesitar. Si esto pudo haber servido de refugio temporal al comienzo del análisis, después la analista se sintió incómoda e insatisfecha con su rol, y entonces pudo pensar respecto a todo esto de manera diferente.

Pienso que el paciente siempre encuentra muy amenazador este cambio; se crea una asimetría y puede despertar envidia y odio y poderosos intentos de restablecer el status quo previo. Lo puede conseguir si el analista no tolera la incertidumbre, ansiedad y culpa que van asociadas a las fantasías que aparecen en torno a la relación, sentida como espantosa, decepcionante y destructiva; a veces es necesaria la ayuda interna y externa de los colegas para mantener nuestra creencia en aquello que tratamos de hacer.

Meltzer (1966) describe una dinámica en cierta manera similar en relación con un grupo de pacientes perturbados que usan la identificación proyectiva en abundancia, lo que da lugar a una personalidad complaciente pseudomadura.

La presión ejercida sobre el analista para que participe en la idealización de la pseudomadurez (es)... grande, y las amenazas subterráneas de psicosis y suicidio (se) comunican de manera encubierta... la posición contratransferencial es extremadamente difícil y de todas maneras repite el dilema de los padres que se encontraron con un hijo «modélico» en la medida en que se abstendrían de adoptar un papel claramente parental sea en forma de autoridad, enseñando u oponiéndose a las demandas relativamente moderadas de privilegios más allá de las que serían razonables para la edad y realizaciones del hijo (Meltzer, 1966: 339-340).

De esta manera la figura parental se enfrenta con la fantasía de estar perdidamente controlado o de llevar al niño a la locura o al suicidio.

En la última parte de este capítulo me gustaría ilustrar con más detalle el modo como una paciente creo que fue capaz de utilizar la proyección en la representación interna del analista (durante su ausencia) para librarse de la ansiedad, mientras que en las sesiones psicoanalíticas posteriores necesitó implicar al analista de formas diferentes. Creo que lo consiguió a través de la proyección de fantasías de relaciones objetales perturbadoras, reflejadas no solo en sus comunicaciones verbales sino también enactadas parcialmente por la paciente durante las sesiones. Sospecho que si el analista es receptivo a las proyecciones del paciente, el impacto de las fantasías inconscientes perturbadoras referidas a la naturaleza de su relación con el paciente, afectan inevitablemente a las propias ansiedades del analista. Esto puede suscitar formas de proyección y de enactación por parte del analista en su intento de restaurar un equilibrio interno, cosa de la que posiblemente no se dé cuenta. Su tarea difícil y a menudo dolorosa estriba en reconocer las sutiles y complejas enactaciones con su paciente, a las cuales inevitablemente se ve arrastrado, y trabajar para encontrar un área de comprensión y pensamiento fuera de los estrechos y repetitivos confines que el paciente inconscientemente exige, y que a veces vienen exigidos por las necesidades y ansiedades del mismo terapeuta. Aunque el logro de un cambio psíquico real depende de este proceso, resulta amenazador para el paciente y puede movilizar nuevas maniobras defensivas.

ILUSTRACIÓN CLÍNICA

La paciente a la que voy a referirme es una mujer soltera, la Srta. M. que había estado en análisis durante unos cuantos años. Llegó un lunes y me contó que estaba obsesionada con algo que había ocurrido el sábado y en lo que no había vuelto a pensar desde entonces, hasta llegar a la sesión. Una amiga que trabaja como psicoterapeuta le habló de un hombre joven que supervisaba y que le había confesado haber seducido a una de sus pacientes. La amiga de mi paciente le rogó que no lo dijera a nadie y en seguida mi paciente pensó en mí. Siguió dando algunos detalles de las complicadas conexiones entre terapeutas, supervisores y la paciente implicada. Parecía muy preocupada acerca de quién hablaba, de qué y con quién y comentó cuán incestuoso le parecía todo aquello. Añadió que había algo casi siniestro con respecto a todas estas personas que conocían el hecho. Y entonces, después de un silencio, dijo: «Pensar sobre esto aquí... me pregunto por qué debería hacerlo. Me siento bastante tranquila respecto a esto; no quiero horrorizarme; me siento a suficiente distancia de todo esto, de otro modo sería terrible.»

Hubo un silencio tenso y expectante y me di cuenta de la presión a responder rápidamente a lo que ella había comunicado. Al no hacerlo así, ella comentó que el silencio le parecía más bien amenazador.

Cuando el sábado mi paciente se enfrentó con la perturbadora imagen de un terapeuta enzarzado incestuosamente con su paciente y se le advirtió que no lo dijese

a nadie, me hizo aparecer en su mente y creo que proyectó en mí el conocimiento, la ansiedad y la perturbación. En el momento no era algo que tuviese en la mente contarme, al contrario se había vuelto algo inalcanzable para ella hasta que me encontró el lunes. Sugiero que no se trata de un pensamiento o comunicación habitual; más bien se trata de la proyección omnipotente en la fantasía no solo de los contenidos mentales sino también de la capacidad de pensar sobre ellos. Siendo así que el proceso tiene un cariz omnipotente la paciente no necesita utilizar medios simbólicos de comunicación. En este caso la fantasía implica un objeto inmediatamente receptivo a las proyecciones de la paciente sin que se sienta perturbado ni se vuelva tampoco algo amenazador. Al implicar de esta manera al objeto parece que la paciente se ha librado del todo de la ansiedad y el malestar.

Cuando el lunes me abordó al comienzo de la sesión y se dio cuenta de que yo no estaba en posesión de aquello de que se había desprendido, recuperó una parte de los contenidos mentales que había proyectado en su fantasía. Entonces se sintió movida a utilizar la comunicación verbal de manera no omnipotente, al parecer con el objetivo de obtener el mismo resultado. Mientras me hablaba de todas las conexiones incestuosas entre terapeutas, supervisores y pacientes, era sorprendente que la paciente se preguntase por qué se le ocurría todo aquello mientras estaba conmigo sin ser capaz, al parecer, de establecer un vínculo entre la historia que contaba y las fantasías conectadas con su propia relación con su analista. Creo que por la combinación de acciones conscientes e inconscientes, implícitas en este trámite, la paciente fue capaz de comunicarse con el analista y empujarlo suavemente a pensar y a asumir la responsabilidad de los pensamientos, fantasías e impulsos hacia la acción que la amenazaban.

El punto que quiero destacar es que los mecanismos proyectivos estaban al servicio de diversas funciones. En primer lugar era evidente que permitían a la paciente rechazar las respuestas perturbadoras o potencialmente perturbadoras a aquello que su amiga le había despertado. En segundo lugar aseguraban la implicación del analista en el sentido de que ahora su función era establecer conexiones y pensar en el significado de aquello que la paciente había comunicado. En tercer lugar, como espero ilustrar, estaban al servicio de arrastrar al analista a la enactación parcial de alguna de las fantasías subyacentes que se habían suscitado a pesar de los intentos conscientes del analista para evitar una enactación de aquel tipo y encontrar una actitud de trabajo en la que poderse sentir razonablemente confortable.

Durante la sesión me había dado cuenta del papel evidente que se esperaba que jugase, por la presión evidente que sentí a responder con rapidez al material que la paciente había aportado y a hacer algún comentario o interpretación medio esperados. Mi larga experiencia con esta paciente me hacía pensar que si hubiese obedecido cogiendo directamente el material y ofreciendo algunas respuestas bastante evidentes al hecho de que se le ocurriera todo aquello en la sesión con su analista, nos hubiéramos encontrado en uno de los escasos guiones repetitivos e improductivos.

El primero y más común de estos guiones consistía en una relajación y repliegue de la paciente, dramatizando conmigo la secuencia que había tenido lugar el sábado cuando su amiga le habló, dejando bien claro que el material difícil y potencialmente perturbador ya no la afectaban a ella sino a mí. El segundo guión incluía una proyección menos completa en la cual la paciente mantenía un cierto contacto con aquello que había proyectado, pero se resistía a la peligrosa perspectiva de pensar por su cuenta sobre estos problemas, insistiendo en cambio para que fuese yo quien lo hiciera. En el tercer guión las interpretaciones mismas se vivenciaban de una forma concreta como amenazadoras y exigentes. En la sesión descrita yo no era consciente de sentirme perturbado por el material de la paciente pero estaba mohíno y desanimado ante la perspectiva de enactar con ella uno de estos roles repetitivos e improductivos. Sin embargo, cuando quedé en silencio por un rato, tratando de encontrar una vía de comprensión y acercamiento a la paciente, mi silencio suscitó en ella la fantasía de una relación arcaica de objeto perturbadora, en la que ella se sentía involucrada con una figura «amenazadora», llena de signos silenciosos y alarmantes, potencialmente intrusiva y exigente.

Creo que ella había recreado, en parte, una importante relación arcaica de objeto a través de la interacción de dos poderosos factores. El primero era su proyección fantaseada de alguna de las cualidades y funciones arcaicas en el analista. El segundo factor era que al comunicarse y comportarse de aquella manera había creado una situación en que se encontraba con un analista cuya mente estaba llena de pensamientos en torno a lo que ella le había contado, que deseaba realmente algo de ella y podía imponerle exigencias difíciles e «intrusivas».

En esta sesión y en las que siguieron, sentí la necesidad de encontrar una manera de trabajar que evitase en parte las interacciones repetitivas descritas. A veces permanecía en silencio, tratando de entender lo que ocurría, o hacía comentarios acerca de lo que creía que la paciente hacía conmigo o esperaba de mí. También intentaba lograr que la paciente explorase aquello que la hacía sentir tan incómoda, y alguno de los vínculos que presumía que podían serle de fácil acceso entre su material, su historia familiar y la situación analítica. Me daba cuenta de la amenaza que mis esfuerzos suponían para el equilibrio de la paciente y de su extrema desgana a permitir que cualquiera de los dos escapase de las interacciones familiares que, paradójicamente, parecían necesarias y tranquilizantes para ella. Me sentía sometido a una fuerte presión para permitir que me utilizara como alguien que tenía que asumir la responsabilidad por el material perturbador que me proyectaba; o me sentía presionado a enactar algunos elementos de la fantasía de una relación intensamente seductora o intrusiva. Y así, me encontraba con representaciones dolorosas y molestas de mi rol en relación con mi paciente, y continuaba esforzándome para encontrar un acercamiento que yo sentía que podría ser más constructivo y con el cual podría sentirme más cómodo.

Pudiera imaginarse que estando más en silencio o hablando más, comprendiendo la situación de otra manera o tomando otro rumbo, podríamos liberarnos de las interacciones repetitivas y estériles. A veces surge la idea, en el pensamiento del

analista, del paciente o de ambos, que si el analista cambiase o fuese otro tipo de analista, los problemas no se producirían. Desde luego, hay que tomar en serio estas consideraciones y a menudo pueden contener algún elemento de verdad. De todos modos, en el trato con esta paciente acabé por creer que cualquier cosa que se dijera o hiciera sería susceptible de ser experimentada en consonancia con las reducidas fantasías arcaicas que he indicado brevemente; y que la reanimación repetitiva de estas fantasías en las sesiones estaba al servicio de funciones importantes y tranquilizadoras para ella. Hubo breves períodos de reflexión atenta que eran un alivio para mí pues podía recuperar un poco mi funcionamiento adecuado. Aun así, para la paciente era en verdad difícil y doloroso estar en cualquier sitio fuera de las dramatizaciones habituales y tranquilizadoras; de ahí que rápidamente pudiera retraerse de nuevo o reevocar la relación provocativa y excitada en la que, paradójicamente, parecía sentirse segura.

Por ejemplo después de un período de trabajo difícil, la paciente me dijo reflexiva:

En esto que he estado pensando puedo ver... las dos caras de la moneda. Puedo reconocer que usted desea que yo... vea más de cerca las cosas que han ocurrido. Después de todo, si simplemente las coloco a distancia como simples ideas... de esta forma tan precavida no me va a llevar muy lejos...

Entonces su voz se tornó más firme y excitada. Al mismo tiempo me parece extraordinario que hasta me sienta dispuesta a mencionar estas cosas. De veras estoy sorprendida. Tengo necesidad de sentirme muy segura de mí misma y que no voy a enzarzarme en nada más. Su excitación fue en aumento y repitió cuán extraordinario era todo lo que había dicho, aludiendo al riesgo que había tomado de que yo pudiese aprovechar la oportunidad. Dijo que normalmente su preocupación mayor era evitar decir ciertas cosas si podía prever que con ellas pudiera darme cualquier suerte de entrada, de modo que tenía que asegurar que esto no ocurriese.

De modo que después de reconocer brevemente y con cierta incomodidad la existencia de un analista que realmente trataba de ayudarla, y tras el reconocimiento de los procesos defensivos en que se hallaba persistentemente atrapada, derivó en un estado de excitación erotizada que la retuvo la mayor parte del tiempo que quedaba de sesión. Así pues, daba la impresión de que la paciente se veía movida impulsivamente a implicarme en interacciones en las cuales ella vivía en un retraimiento tentador e inquietante o al albur de una intrusión excitante e inquisitiva. Evidentemente, esto eran facetas de la poderosa configuración edípica que se había despertado en su mente por el episodio que su amiga le había contado y que tenía importantes vínculos con su historia primeriza.

COMENTARIOS

Aunque nos resulte familiar pienso que la repetida presión ejercida sobre el analista a participar con el paciente en la enactación de relaciones arcaicas de objeto,

a menudo perturbadas y perturbadoras, constituye uno de los fenómenos más interesantes y desconcertantes con que tropezamos. En el caso de mi paciente, ¿a qué funciones podía servir mi implicación como una figura benigna y servicial que no fuera la de una versión de una figura arcaica perturbadora? Sospecho que esto tiene muchas respuestas. Esta interacción libera a la paciente del conocimiento de toda responsabilidad por sus propias pulsiones y fantasías; ella es sobre todo una víctima desvalida. En las sesiones era bien evidente que esto le proporcionaba un cierto grado de excitación y satisfacción. Puede haber servido de medio para hacerme reconocer y comprender aspectos de su historia o de su vida interior que hasta entonces no había conseguido abordar aunque no estoy muy seguro de que esta fuese la razón. Lo que quiero añadir es que, al parecer, estaba al servicio de una función tranquilizadora cuando lo que se dramatiza en el mundo externo se corresponde en cierta medida con una relación de objeto inconscientemente presente. Es dolorosa y amenazadora la alternativa de verse confrontada con la discrepancia entre una y otra situación.

Creo que si el analista es receptivo a las proyecciones del paciente, las fantasías de relaciones arcaicas de objeto han de consonar inevitablemente con sus propias necesidades y ansiedades inconscientes. Si estas se relacionan de una forma demasiado estrecha con áreas de conflicto, que han quedado en gran parte irresueltas, hay el peligro de que el analista se vea llevado a formas de enactación que gratifican algunas necesidades mutuas, o lo llevan a defenderse de una gratificación de este tipo. Hoffman (1983) señala:

Puesto que el analista es humano, es probable que cuente en su repertorio con un anteproyecto para la respuesta emocional aproximada que la transferencia del paciente dicta, y es probable que esta respuesta sea equivocada, consciente o inconscientemente... idealmente esta respuesta sirve de llave -quizá la mejor llave que tiene el analista-, para captar la naturaleza de la escena interpersonal que el paciente se siente movido a crear en la transferencia (Hoffman, 1983: 413).

Tal como han sugerido Joseph (1987, 1988), O'Shaughnessy (1992) y Carpy (1989), hemos de reconocer que es inevitable un cierto grado de enactación, como parte de un proceso continuado que los analistas pueden llegar a reconocer, del que se pueden liberar temporalmente y utilizar para ir avanzando en su comprensión. Ciertamente, en la situación clínica que acabo de describir parecía importante reconocer la presión interna de la paciente hacia la enactación y las correspondientes presiones que registraba el analista. El reconocimiento de la naturaleza compulsiva y repetitiva de estas interacciones puede tener importantes consecuencias. Como han indicado Rosenfeld y O'Shaughnessy, puede permitir a los analistas recuperar algún sentido de su función adecuada. Esto disminuye la discrepancia entre las fantasías sobre su rol y aquello que se manifiesta en la situación analítica. Si los analistas son también capaces de tolerar las discrepancias que pueda haber se sentirán menos impedidos a utilizar mecanismos proyectivos y las formas de enactación que he venido describiendo. En el espacio así creado pueden ser capaces de pensar sobre el paciente de manera diferente.

En este capítulo he tratado de hacer hincapié en el hecho de que aquello que se proyecta en el analista es la fantasía de una relación de objeto que evoca, junto a pensamientos y sentimientos, tendencias abocadas a la acción. Desde el punto de vista del paciente la proyección representa un intento de reducir la discrepancia entre la fantasía de alguna relación arcaica de objeto y aquello que el paciente experimenta en la situación analítica. También el analista alberga impulsos a funcionar de manera que le lleven a una mayor correspondencia con algunas necesidades o fantasías deseadas. La interacción entre las necesidades del paciente y las del analista puede conducir a una enactación repetitiva del tipo doloroso y perturbador que he descrito. Para algunos analistas puede ser muy difícil librarse ellos mismos (o librar a sus pacientes) de esta situación improductiva y recuperar su capacidad de pensar reflexivamente, al menos por unos momentos.

Como he indicado, la dificultad empeora cuando la proyección en el analista lleva a enactaciones sutiles o manifiestas que de entrada no molestan al analista, antes al contrario suponen un trámite colusivo cómodo en el cual el analista percibe que su papel es congruente con su fantasía interna. Para el analista y el paciente, puede ser difícil reconocer la función defensiva de esta interacción y de las fantasías inconscientes más perturbadoras de las que se defienden.

La recuperación temporal y parcial de la capacidad de pensamiento reflexivo de los analistas, en lugar de la acción, es crucial para la supervivencia de su rol analítico. Los analistas no solo pueden sentirse a salvo temporalmente de la tiranía de enactaciones repetitivas y de maneras de pensar, sino que también pueden creer en la posibilidad de liberar de ellas, con el tiempo, a sus pacientes. De todos modos estos cambios pueden provocar dolor y molestias en el paciente que encuentra espantoso y odioso el espacio desconocido en el cual puede tener lugar el pensamiento.

RECONOCIMIENTO

Una versión previa de este capítulo fue publicada por primera vez bajo el título «Identificación proyectiva: la implicación del analista», *Int. Jour. of Psycho-Analysis* (1997), 78(2), págs. 227-241.

CAPÍTULO 4

La dinámica del reaseguramiento

En la sesión analítica un paciente habló de un episodio que tuvo lugar en su infancia. En cierta ocasión compró un helado a su madre para su aniversario y escogió el que más le gustaba a él. Al entregárselo a su madre ella le dijo que probablemente él esperaba que le diese un poco. El paciente explicó que se había sentido profundamente herido por la reacción de su madre. Era un ejemplo que expresaba que la madre nunca estaba del todo agradecida por lo que se hacía para ella, siempre desconfiando de las motivaciones.

Esta historia, con alguna de sus variantes, había surgido diferentes veces durante el análisis. Como en otras ocasiones mi paciente se describió simplemente, ofreciendo alguna cosa buena a su madre -el tipo de helados que él prefería, y resultó que una persona crítica y desconfiada sospechaba de sus motivaciones. Era comprensible que se sintiera herido por el incidente. Escuchando su descripción de este episodio del pasado, pensé que también hacía referencia a la situación entre nosotros dos. Solía señalar que a menudo se sentía igualmente mal entendido y herido en el análisis, expuesto a mis sospechas, igualmente inadecuadas, de sus motivaciones.

En la sesión a la que me refiero le comenté que no solo me estaba describiendo un episodio perturbador que había tenido lugar sino que también necesitaba subrayar que podía sentirse herido cuando sus iniciativas afectuosas eran mal comprendidas y mal enjuiciadas por la madre, en el pasado, y por mí en el análisis. Respondió a mi comentario como si hubiera servido para confirmarle que yo también era antipático, desconfiado y que no estaba de su lado. Protestó enfadado y dolido y luego se retrajo en el silencio. Esta respuesta me resultaba familiar y tuve la fuerte impresión de que tenía una curiosa cualidad reconfortante para el paciente. Me parecía que entonces no se sentía en modo alguno obligado a pensar o a examinar cuáles habían sido nuestros respectivos papeles. En cambio había decidido adoptar el papel de un niño, que había sido maltratado por un padre o un analista que debería sentirse torpe y culpable.

En este capítulo quiero centrarme en la importancia que reviste el enfoque de la atención, en la manera como el paciente relata una historia, por la influencia que esto tiene en la manera de pensar y responder del analista, formando parte de un sistema defensivo contra ansiedades más severas.

Quizá es evidente que estamos tratando con más de una versión del paciente, de su objeto y de la relación entre ellos. Quiero destacar en particular la forma que tiene el paciente de utilizar aquella historia. Su manera de tratarla durante la sesión y su interacción con el analista sirven para escenificar en la transferencia una u otra versión de la relación con la madre. Mostraré que el paciente trata de utilizar estos

procedimientos para obtener consuelo y restablecer su equilibrio psíquico, que considero ha sido perturbado de uno u otro modo, háyase o no dado cuenta de ello.

Me preocupa especialmente la función que puedan tener y de qué sirven las diferentes versiones de su relación con el objeto, su manera de invocar intrapsíquicamente una u otra versión, cosa que trata de recrear vivamente en su relación con el analista. Procuraré exponer alguna de las razones de por qué el logro de estos objetivos puede ser reconfortante.

Schafer (1983) se ha referido a diferentes «versiones» de la realidad y de la historia que dependen del contexto analítico en que estuviesen inscritas y que variarán según los cambios del contexto.

En la sesión descrita, la primera versión se presentó como un escenario potencial deseable, que implicaba a la madre del paciente, para reconocer sus motivos generosos y afectuosos y reconocerle de manera cálida con agradecimiento. Durante la sesión se sintió con derecho a esperar que yo escuchase sintónico el episodio que me relataba, comprendiendo sus buenas intenciones y reconociendo que se hubiese sentido muy herido.

En la segunda versión el paciente fue mal enjuiciado por su madre que se comportó de una manera típicamente suspicaz, desagradable y ofensiva. El paciente se quejó de que la respuesta que yo le daba era similar a la de su madre y la escena con ella se recreaba parcialmente en el consultorio. Ambas versiones implican que el paciente y su objeto están intensamente involucrados entre sí y excluyen a todos los demás.

Hay sin embargo una tercera versión que, a mi parecer, el paciente encontró más amenazadora. Aquí su madre, en vez de aceptar inmediatamente el helado como él quería, observa la situación y sugiere que sus motivaciones no son del todo transparentes. Ella las hubiera podido reconocer correctamente y su comentario hubiera podido resultar tolerante y divertido; o podía haber respondido de una manera crítica y severa pero no sé si habría sido posible. El paciente dejó entender que su madre, por sus propias razones, respondía habitualmente de este modo con suposiciones injustas y negativas sobre su hijo, sin pensar y sin conceder espacio alguno a lo que él estaba pensando o sintiendo. Eso no obstante, lo que ha ido sucediendo gradualmente en el análisis me hace pensar que lo que realmente encontraba más difícil era la posibilidad de que ella pudiese observar y pensar por su cuenta acerca de lo que estaba haciendo. En todo caso ella no había sido llevada inmediatamente a adoptar uno de los papeles que el paciente le había asignado, en la fantasía, en la relación con él.

Era como si esta tercera versión representase la posibilidad de que la madre no se ocupaba plenamente de él ni de su talento de forma gratificante, ni estuviese ocupada por entero en otra cosa de modo que impidiera el acceso a ella. En cambio él se encontró con alguien que tenía lugar y tiempo para pensar en él a su manera. Como

señalo después creo que esto implica siempre la presencia de una tercera figura en la mente de la madre con la cual ella tiene una relación y pienso que fue esto lo que el paciente encontró intolerable.

En el análisis el paciente ha sido a veces capaz de reconocer que odia ser consciente de que yo pienso por mi cuenta. Teme que si pienso con independencia podría malinterpretarle como resultado de mis propios prejuicios e ideas preconcebidas, demostrando una vez más que no tengo espacio para él, para sus pensamientos y sentimientos. Pero esta situación ofrece otras posibilidades que creo que influyen para que se sienta todavía más perturbado. En primer lugar, si soy capaz de pensar por mí mismo, podría poner en entredicho los procedimientos familiares y tranquilizadores que él ha fomentado para verse a sí mismo y a sus objetos de manera que le protejan de una ansiedad o dolor excesivos. En segundo lugar, como ya he mencionado, mi capacidad de pensar por mí mismo supone que él no tiene una presa exclusiva en mí ni en mi mente antes bien que yo tengo una relación interior con mis propias observaciones y teorías, mi propio diálogo con las figuras internas, de lo cual él se encuentra parcialmente excluido.

En el fragmento de una sesión antes descrita pienso que el paciente se sintió amenazado por el enfoque que yo adopté que no trataba ni de coincidir de inmediato con él ni de reaccionar de manera crítica. Para él era evidente que yo le observaba de cerca y tenía algunas ideas propias acerca de lo que él estaba haciendo en la sesión, por qué estaba repitiendo la anécdota con el particular énfasis que le dio y qué función podía tener todo eso. Como he sugerido, esto implicaba que yo no estaba comprometido con él en exclusiva, de modo que él pudiera controlarlo, sino que estaba ocupado en un diálogo mental, pensando en la situación de una forma que le hacía sentirse aislado y vulnerable.

No fui indiferente a la presión sutil pero continuada ni a la invitación a enactar la relación amable y tolerante por un lado y la suspicaz y crítica por otro. Había respondido de una u otra forma sin llegar a reconocer la naturaleza de la presión y a veces solo la reconocía después de vernos enzarzados en una interacción repetitiva e inútil. Quiero sugerir que lo que el paciente encontraba tan amenazador era el hecho de que en esta ocasión yo no estuve inclinado a adoptar uno de estos papeles sino que había logrado preservar mi capacidad de observar y pensar.

El paciente trataba de un modo familiar las ansiedades asociadas a esta situación; insistió en decir que yo era el mismo tipo de figura suspicaz y crítica que siempre había encontrado en su madre. Colocando en mi interior esta representación de una versión familiar de su relación de objeto, paradójicamente era capaz de reasegurarse. Pero sospecho que este método de aliviar tamañas ansiedades fue solo un éxito parcial pues el paciente ora creía ora dejaba de creer que yo tuviera los rasgos que tan forzosamente me atribuía.

El analista también experimenta su propio vis a vis con el paciente de diversas maneras. Cada versión se asocia con un diferente grado de ansiedad o malestar.

Puede sentir que es demasiado ingenuo o demasiado colusivo, por un lado; o demasiado crítico y persecutorio por otro. Estas respuestas están estructuradas por la formación del analista y de su fondo teórico, por los valores de sus compañeros de profesión de su mismo grupo, por su propia patología y la experiencia previa de este o de otros pacientes. Un modo de reasegurarse del analista consiste en tratar de funcionar para ser consecuente con una versión con la que se sienta relativamente cómodo; esto dependerá hasta cierto punto de la fantasía de ser apoyado por un elemento importante del grupo de referencia al cual se adhiere. Esto, por descontado, sigue en riguroso paralelo la manera en que mi paciente hubiera podido acudir a uno de los padres para apoyarle en sus cuitas con el otro, o la manera de dirigirse a mí, aparentemente con la esperanza de que yo me pusiese de su lado cuando me contó la historia de la respuesta de su madre al helado que él le ofreció.

Puede haber una correspondencia, un encaje tranquilizador para el analista y el paciente que refleje una interacción sana y constructiva por un lado o una interacción colusiva por otro. Al contrario, la versión de su propio rol que el analista encuentra tranquilizadora puede ejercer presión en el paciente para aceptar una versión de sí mismo que él encuentra intolerable; en tal caso el paciente se siente movido a enderezar la situación como en el caso del paciente que he venido describiendo. Entonces puede ejercer presión sobre el analista para que funcione de una manera que le resulta incómoda. Si el analista resiste a esta presión se puede desembocar en una situación de impasse.

Volveré a considerar más tarde esta situación clínica pero, en primer lugar, quisiera ocuparme un poco de los mecanismos psicológicos subyacentes a los fenómenos clínicos antes descritos.

EL CONCEPTO DE ESCISIÓN (SPLITTING)

Gracias al mecanismo defensivo de la escisión intrapsíquica, el individuo tiene un conjunto de fantasías o de versiones de sí mismo, de sus objetos y de sus interacciones. Estas diferentes versiones están, por descontado, estrechamente relacionadas y dependen unas de otras. En un momento dado predomina generalmente una versión. Cada versión tiene una función diferente en la organización psíquica de la persona, tiene una connotación emocional diferente y va asociada a diferentes grados de ansiedad. A veces por, cualquier motivo interno o externo, una versión asociada a un grado de ansiedad que el individuo encuentra insoportable, se hace más central. Entonces el trastorno consecuente en el equilibrio psíquico pone en juego mecanismos intrapsíquicos o interpersonales que se aplican para establecer el equilibrio.

En su obra Esquema del Psicoanálisis, Freud (1940) se refiere a la escisión (splitting) psíquica y llega a la conclusión de que no solo existe en la psicosis sino también en las neurosis.

Con bastante frecuencia, el Yo se encuentra en la posición de defenderse

de algunas demandas del mundo externo que siente agobiantes y lo hace mediante un rechazo o renegación (disavowal) de las percepciones que le informan de aquellas demandas de la realidad. La renegación se acompaña siempre de un reconocimiento; siempre se producen dos actitudes opuestas e independientes y el resultado de esta situación es una escisión del Yo (Freud, 1940: 203-204).

Klein desarrolló más estas ideas, explorando diversos tipos de escisión intrapsíquica. En uno de sus primeros trabajos publicados (1921) describió una sesión con un niño que le habla de un cuento de hadas; en el cuento una bruja ofrece a un hombre comida envenenada y este se la da a su caballo que muere por efecto del veneno. En la sesión el niño decía que tenía miedo de las brujas y que «hay reinas que son hermosas y también son brujas; a él le gustaría mucho saber qué aspecto tiene el veneno, si es sólido o líquido» (pág. 41). Klein vio este material como expresión de los conflictos del niño y de sus ansiedades en relación con la madre; le preguntó por qué tenía miedo de alguna cosa mala de la madre, qué le había hecho a la madre o qué quería hacerle. Admitió que cuando estaba enfadado había deseado que tanto ella como su padre muriesen y que a veces había pensado en la madre como una «cochina».

Klein comenta: «La bruja de la fantasía citada solo introduce una figura... que se ha obtenido por la división de la imago materna... Esta segunda imago femenina está disociada de la madre que ama, con objeto de mantenerla tal como es...» (Klein, 1921, pág. 42).

En este ejemplo no se trata simplemente del reconocimiento y de la renegación de un aspecto de la realidad sino de dos diferentes versiones de la madre del paciente y su relación con ella, que se van alternando una tras otra.

En un artículo ulterior (1935) Klein escribe:

En los niños muy pequeños existen, al lado de sus relaciones con objetos reales pero en un plano diferente, las relaciones con sus imagos irreales, figuras tan extremadamente buenas como extremadamente malas y estos dos tipos de relaciones de objeto se entremezclan y se van coloreando mutuamente cada vez más en el curso del desarrollo (Klein, 1935: 286).

Y continúa:

En la primera fase los objetos persecutorios y los objetos buenos... se mantienen separados en la mente del niño. Cuando por la introyección del objeto total y real se aproximan cada vez más, el Yo recurre una y otra vez a este mecanismo tan importante para el desarrollo de las relaciones de objeto, o sea la escisión de sus imagos en amadas y odiadas o en buenas y peligrosas (Klein, 1935: 287).

En el curso del desarrollo la unificación de los objetos externos e internos,

amados y odiados, reales o imaginarios se lleva a cabo de tal manera que cada paso en la unificación lleva de nuevo a una escisión renovada de las imagos.

En su trabajo seminal de 1946 sobre los mecanismos esquizoides, Klein vincula la escisión de la representación del objeto y la relación del Yo con ella, al tipo de escisión del Yo a que Freud se refiere. Ella postulaba que el Yo primitivo es capaz de activar la escisión del objeto y su relación con él. Klein hace más tarde la importante sugerencia de que esto puede conllevar una escisión activa del Yo. Y continúa diciendo: «Creo que el Yo es incapaz de dividir el objeto interno y externo sin una correspondiente escisión que tenga lugar en el Yo. Por tanto fantasías y sentimientos sobre el estado del objeto interno influyen decididamente en la estructura del Yo» (Klein, 1946: 6).

La teoría de Klein se refiere a una disociación entre figuras buenas y malas y entre aspectos buenos y malos del Yo. Pero parece probable que en el curso del desarrollo la escisión, que se hace en numerosos planos, da lugar a un conjunto de «versiones» de los objetos primarios y de su relación con el individuo. Creo que probablemente hay un número limitado de tales fantasías o «versiones» del self, del objeto y de la interacción o relación entre ambos. Algunos van asociados a un alto nivel de ansiedad o excitación, otros al consuelo y a la seguridad.

ILUSTRACIÓN CLÍNICA: MELANIE KLEIN Y RICHARD

En Narrativa de un análisis infantil (1961) Klein ofrece un ejemplo sutil y esclarecedor de los motivos y las consecuencias del uso del reaseguramiento (reassurance). Describe una sesión en la que Richard, un paciente de diez años de edad, estaba ansioso, deprimido y con sentimientos de culpa, en un momento en que su padre se encontraba gravemente enfermo. Empezó la sesión siguiente diciendo a la analista que aquel día, un poco más tarde dejaría el hotel en que había estado viviendo; y luego habló de la despedida. Después pidió a la analista que le apretase los cordones de sus zapatos para que así se mantuvieran firmes durante todo el día. Poco después se dio cuenta de que sus dibujos estaban en una carpeta nueva; dijo que le sabía mal y preguntó qué había ocurrido con la vieja carpeta. Se le dijo que se había mojado por la lluvia del día anterior. El paciente dijo que le gustaba la vieja carpeta y preguntó a la analista si la había quemado. Ella dijo que no, que la había salvado.

Sin duda el paciente esperaba esta respuesta. Se le iluminó el rostro y dijo que se alegraba de que la Sra. Klein fuese patriota (eran tiempos de guerra). Mirando por la ventana vio a una niña con los cabellos rizados y dijo que era como el monstruo de su libro.

En sus notas y comentarios Klein nos dice que la carpeta vieja había adquirido una importancia particular para el paciente, muy asociada en su mente tanto con la analista como con un dibujo olvidado que había hecho de su madre, a la cual estaba muy ligado. Señala que a veces respondía a las preguntas del paciente y que esto tenía

para él un efecto tranquilizador; pero en esta sesión no solo había respondido a la pregunta sobre la carpeta sino que también le había reasegurado de forma muy directa. Deja claro que no acostumbraba a hacerlo pero que en esta ocasión había respondido por diversas razones. En primer lugar porque sabía de los miedos del niño acerca de la posibilidad real de terminar el análisis y separarse de ella; en segundo lugar por la preocupación que sentía la analista a causa del conocimiento que tenía de la grave enfermedad del padre del niño. Ambas sesiones están impregnadas de un sentimiento de tristeza y pérdida. Ella dice que esto «sin duda tuvo una influencia en mi contratransferencia».

Podemos ver las consecuencias de esta abierta manera de reasegurar. En primer lugar el niño dijo, contento, que ella era patriota (un objeto muy bueno), lo que indica que en aquel momento se había incrementado la transferencia positiva. Sin embargo lo que el niño dijo a continuación se refería a la niña de la calle que, a pesar de su apariencia inofensiva, le pareció un monstruo. «Es decir, la idealización de la analista -la señora Klein patriótica y no extraña o sospechosa-, no había resuelto las dudas sobre ella; pero estas dudas eran desviadas y transferidas a la chica que pasaba por la calle» (Klein, 1961: 326).

Klein continúa:

La única manera de disminuir estas sospechas consiste en interpretarlas. El hecho de que en lugar de darle una interpretación adecuada le haya brindado un reaseguramiento, que el paciente entendió certeramente que no formaba parte del proceder psicoanalítico, le hizo dudar más en otro aspecto, dudas acerca de mi honestidad y sinceridad. Verificamos una y otra vez que los errores de este tipo son una fuente de disgusto y de crítica inconsciente - en los adultos a veces consciente- y esto es así a pesar del hecho de que los pacientes anhelan ser queridos y reasegurados (Klein, 1961: 326).

Este ejemplo sugiere que lo que el paciente habría encontrado, en realidad, tranquilizador, hubiera sido tener una analista capaz de comprender y tolerar las ansiedades y el dolor tanto del paciente como de ella misma, sin recurrir a dar un reaseguramiento superficial al niño y a sí misma de modo que se apartaba manifiestamente de su manera habitual de trabajar. En cambio si la analista hubiera interpretado la ansiedad por la deterioración y la pérdida de la carpeta -con todo lo que representaba-, y el papel que ella había tenido en el asunto, habría dado a entender que, pese a sentirse ansiosa y disgustada, podía continuar trabajando analíticamente. No debería haberse preocupado tanto de ser un buen objeto para Richard y mostrar en cambio que era capaz de tolerar que el niño la viera de una manera más ambigua y más real. Cuando, a consecuencia de su intervención, Richard se vio enfrentado no solo con la versión de una analista buena y amable sino también con la versión de una analista sospechosa y «monstruosa», alguien que podía lastimar o destruir lo que era tan precioso para él, el niño no fue capaz de encararse con las dos versiones contradictorias de su analista y el dilema se soslayó proyectando la analista «monstruosa» en la niña que había visto por la ventana.

EL CONCEPTO DE REASEGURAMIENTO

Si bien el concepto de reassurance es muy utilizado en el trabajo analítico y psicoterápico no ha sido muy estudiado ni se ha escrito lo bastante sobre el tema. De hecho, como ilustra el ejemplo del trabajo de Klein, a menudo intervenimos de un modo que esperamos que sea reasegurador para el paciente pero el efecto es complejo y hasta puede incrementar su ansiedad.

Hay diversas definiciones de reassurance proporcionadas por el Oxford English Dictionary que generalmente implican el restablecimiento o la confirmación de algo, o la confirmación reiterada y la restauración de algo que se ha perdido, como en el ejemplo de 1637, «Fueron restablecidas sus antiguas dignidades y reasegurados de sus antiguos honores.»

otra definición de reassurance, ligeramente distinta, alude al medio de devolver la confianza (a una persona, a la mente, etc.) como en el ejemplo siguiente: «Me esforcé para reasegurarlo, a él y a los demás, del miedo que le hacía hablar de aquel modo.»

Finalmente tenemos el ejemplo extraído del trabajo definitivo sobre el seguro marítimo de 1787: «Podría decirse que el reaseguro es un contrato que el primer asegurador establece con la finalidad de mitigar gracias a otros aseguradores, llamados reaseguradores, aquellos riesgos que impensadamente se hubieran podido contraer.»

LA DINÁMICA DEL REASEGURAMIENTO

Cuando el paciente ha tolerado que cierto acontecimiento intrapsíquico o externo altere su equilibrio, pasando al primer plano una representación de sí mismo o de su objeto, generadora de ansiedad, tiende a utilizar una variedad de maniobras psíquicas para restablecer el equilibrio. Alguno de estos mecanismos (el más importante y complejo de los cuales es la identificación proyectiva) son esencialmente intrapsíquicos mientras otros implican una interacción dinámica con otra persona. En la situación analítica el paciente puede ejercer presión sobre el analista para dramatizar (enactar) particulares roles que sirven para tranquilizar al paciente y «mitigar gracias a otros aseguradores, llamados reaseguradores, aquellos riesgos que impensadamente se hubieran podido contraer».

Ahora quiero volver al fragmento clínico con el que he empezado. Sugiero que el paciente ha construido un conjunto de versiones de sí mismo, de las figuras importantes de su vida y de la relación entre ellas. Una de estas versiones, particularmente tranquilizante, era la fantasía de la madre respondiendo cálidamente agradecida e incondicional a lo que él le ofrecía como regalo. En la relación transferencial hay la correspondiente fantasía de su analista respondiendo cálidamente a lo que él aporta como regalo al comienzo de la sesión. Si esta fantasía se actualizara podríamos pensar que el paciente se sentiría gratificado y relativamente libre de ansiedad y malestar. Se podría sentir reasegurado con sus motivaciones amables y

generosas y también por la naturaleza exclusiva del vínculo con su objeto y su capacidad de influir en la mente del objeto.

Mi respuesta en la sesión, que no se correspondía con su fantasía, amenazaba con perturbarle. Como he señalado, pensé que mi respuesta suscitaba una ansiedad de que yo le observaba y cuestionaba lo que estaba haciendo de modo que se daba cuenta de que él no controlaba mi mente, que yo pensaba por mi cuenta; creo que esto se asoció inconscientemente a la amenaza de un vínculo defensivo entre nosotros vivido como si del mismo dependiera su seguridad. En cambio ahora me sentiría libre, en mi mente, para aliarme con otra figura diferente. Se sentía amenazado por esta representación del coito parental (que se manifestaba en lo que él refería como «pensar por mi cuenta») desde el cual podría ser enjuiciado y en el que él no participaba directamente ni podía controlar. No era solo esta exclusión lo que resultaba penoso y perturbador; también lo era la posibilidad de que yo llegara a reconocer en él impulsos y actividades vergonzosas.

Pensé que él, en cambio, se reaseguraba evocando la versión familiar de una figura parental crítica y poco protectora que después proyectó en la representación que en su fantasía tenía del analista. Si bien podríamos pensar que esto creaba una situación penosa y difícil para el paciente, su respuesta concreta en la sesión al parecer le hacía sentir más cómodo. Había reproducido una relación de objeto que le era familiar y sobre la cual sentía ejercer un control. Además de sentir frustración y malestar tenía un sentimiento de agravio y culpa y adoptaba el papel de una figura con buenas intenciones e inocente que había sido maltratada. No mostró comprensión por mi intervención o curiosidad por mis motivaciones o las suyas ni tampoco evidencia alguna de cualquier deseo de lograr aquella comprensión. Por lo demás, esta versión de nuestra interacción en la sesión nos aislaba a los dos en una relación sadomasoquista sin vislumbrar la posibilidad de otra perspectiva. Se había disipado su momentánea advertencia de mi capacidad amenazadora de pensar por mi cuenta.

Quisiera considerar otros dos elementos de esta situación. En primer lugar un fenómeno sumamente interesante que ha alertado cada vez más a los analistas y es la presión que el paciente ejerce sobre el analista para que acepte una particular versión de él y de la naturaleza de la relación entre los dos. Esta versión no supone simplemente que el analista tenga ciertos pensamientos, imágenes o fantasías en su mente sino que a menudo le mueve a dramatizar elementos de la relación que le ha sido proyectada. Esto es naturalmente un aspecto de la contratransferencia que ha sido adecuadamente descrita por Sandler (1976) como «actualización de rol» y ha sido estudiado con cierto detalle por Joseph, que ha ilustrado la manera como las presiones e invitaciones inconscientes a las que el analista se ve sometido, pueden informarnos de la dinámica de las primeras relaciones de objeto del paciente.

Una manera de considerar la presión sobre el analista para que se implique en la enactación de una particular fantasía, es como el intento de realización de deseos del paciente. Sandler y Sandler (1978: 291) han hecho el importante señalamiento de que la gratificación de un deseo no tiene lugar a través de la descarga de energía sino en el

cumplimiento de lo que Freud refiere en La interpretación de los sueños como una «identidad de percepción».

Sandler (1990: 868) se refiere al «intento de actualización, el esfuerzo para que la percepción de la realidad se corresponda con lo que se desea» como una manera de lograr la realización del deseo.

En la medida en que la interacción entre el self y las representaciones de objeto se refleja en el contenido ideativo del deseo, el intento de actualización pondrá a menudo en juego sutiles maniobras inconscientes para implicar a otras personas a jugar el papel de cumplimiento del deseo. En ningún lugar se ve esto mejor ilustrado que en la transferencia y como elementos de la contratransferencia... El paciente en la situación analítica intenta imponer una relación de rol al analista y... esta forma de externalización de una relación interna de rol representa una parte integral de la transferencia así como una parte integral de las relaciones de objeto en su sentido lato (Sandler, 1990: 868-869).

Joseph (1987) ha examinado alguno de estos procesos en detalle. Se interesa en particular por la manera en que se usa la identificación proyectiva, por ejemplo cuando está al servicio de mantener el equilibrio narcisista del paciente. Sirve también para evitar la experiencia de la dependencia, la ansiedad de la pérdida, la conciencia de envidia o la culpa en la relación entre paciente y analista.

Así, en términos de Sandler el paciente intenta modificar la situación externa de tal manera que consigue la identidad de percepción entre su visión del objeto y el contenido de la fantasía desiderativa. En términos de Joseph, los pacientes utilizan inconscientemente la identificación proyectiva para actuar sobre el mundo externo y proteger un estado de equilibrio. Una forma algo diferente de expresar lo mismo sería decir que este estado se vería amenazado si los pacientes experimentaran una versión de sí mismos en su relación con el analista que implicara sentimiento de dependencia o culpa.

Para volver brevemente al papel que el analista juega en toda esta situación, pienso que la tendencia del analista a la enactación es una respuesta a la ansiedad y a la incomodidad, asociada a una particular fantasía de sí mismo en relación con el paciente que se la ha inducido. Por ejemplo, el analista puede ser perturbado por la fantasía de ser una figura antipática o cruel en relación con el paciente. También para el analista la respuesta inconsciente a esto sería funcionar de modo que se corrija la situación y así pasa a primer plano una versión que provoca menos ansiedad, restableciéndose entonces el equilibrio del analista.

El analista puede compartir inconscientemente la fantasía del paciente de una relación exclusiva con él, sea de afecto mutuo y cooperación, sea de tipo sadomasoquista. También para el analista el impulso a realizar estas fantasías o versiones de sí mismo vis a vis del paciente implican escisión y denegación de la

realidad psíquica.

Se requiere del analista un trabajo interior para poder reconocer hasta qué punto él y su paciente se han adherido a un conjunto complementario de fantasías y creencias de las cuales él es en parte inconsciente y bajo cuya influencia los dos han estado funcionando. Joseph (1985) ilustra por ejemplo de qué manera el analista llega a concienciarle de que ha ido sintiéndose cómodo y gratificado en el análisis. Puede hacerse manifiesto a su vez que el paciente ha podido aceptar las interpretaciones del analista sin estar particularmente conmovido o perturbado por ellas porque el supuesto inconsciente subyacente parece ser que el paciente ocupa un lugar especial o que hay una particular simetría entre paciente y analista. Ni el paciente ni el analista tienen la convicción de que cualquier progreso real sea posible pero es curioso que ni uno ni otro se sientan preocupados por ello. Comparten la creencia de que la situación no ofrece esperanza alguna pero cualquier preocupación realista que pudiera perturbar el equilibrio es escindida y proyectada.

La capacidad de los analistas de advertir la naturaleza de la fantasía subyacente a la relación entre ellos y sus pacientes en un momento dado (o la versión predominante de esta relación) supone renunciar a la seguridad y al reaseguramiento asociados con aquellas fantasías omnipotentes. Esto a su vez supone revertir la escisión y los procesos proyectivos en que tales fantasías se sustentan. Segal (1978) ha señalado de qué manera el pensar pone un límite a la omnipotencia de la fantasía y es por ende odiado y atacado en razón del ansia por aquella omnipotencia; pero también subraya la libertad y el alivio que se obtiene con aquellas funciones que habían sido escindidas y proyectadas. Los analistas pueden hacerse conscientes de su propia resistencia y de su aversión a reconocer aquellas fantasías (tanto en ellos mismos como en sus pacientes) y las consecuencias que se desprenden del pensar en estas fantasías en lugar de actuarlas.

Si los analistas son capaces de tolerar algo de la ansiedad e incertidumbre que surge cuando empiezan a reconocer y a pensar acerca de la naturaleza de su relación con los pacientes, así como la complejidad de sus propias motivaciones y fantasías, pueden lograr así una experiencia más sustancial de reaseguramiento. Esto depende de la recuperación de los vínculos entre diferentes aspectos de sí mismo y de sus objetos y del sentimiento que a estos objetos se les ha dado la libertad de vincularse entre sí. Si los analistas pueden guardar la creencia, bien sopesada, de que el resultado de esta cohabitación será constructiva, pueden arrancar algo de libertad a la tiranía que exige apegos exclusivos a determinados objetos internos como medio de evitar ansiedad y culpa.

En otro nivel, mi paciente habría sido reasegurado, reconfortado y gratificado si yo hubiese enactado la figura de un padre generoso e incondicional. Pero la ilustración clínica de Melanie Klein y Richard antes citada nos permite apreciar más claramente las posibles consecuencias de aquella actitud. Cuando ella respondió de manera inhabitual a este tipo de presión a ser la analista bondadosa y reaseguradora, se produjo una experiencia pasajera de tranquilización no solo para el paciente sino

también para la analista. Ella nos da a entender, sin embargo, que la intensificación pasajera de la transferencia positiva se hizo a expensas de la escisión y la proyección de los elementos más hostiles y suspicaces de la transferencia en la muchacha que pasaba ante la ventana y que el niño dijo que paecía un monstruo. Klein destaca el punto importante de que su propia necesidad, en esta particular sesión, de dar una respuesta en apariencia reaseguradora a su joven paciente, sirvió en realidad para aumentar las dudas del muchacho con respecto a ella. Pienso que los pacientes a menudo reconocen estas acciones en que todos incurrimos, como expresión de las propias ansiedades y deseos del analista y que, por tanto, tales acciones aumentan la inquietud del paciente acerca de la capacidad del analista para contener sus proyecciones.

Al explorar la cuestión de la representación que el paciente tiene del analista tropezamos con los problemas en torno a la noción de las diferentes versiones del objeto. El interés por la referencia a las diferentes versiones que Richard se hacía de Melanie Klein (en el ejemplo citado) dependerá de nuestro criterio sobre el grado de escisión en juego en un momento dado y el problema de los vínculos que se conservan entre los diferentes elementos que han sido escindidos y proyectados. Si hemos de tratar con una situación en la que hay una fuerte ansiedad y el grado de escisión es intenso, me parece útil hablar de diferentes versiones del objeto como si se excluyeran mutuamente. Esta es, naturalmente, una de las características de la posición esquizo paranoide, descrita por Klein. Si hay un mayor grado de integración, empero, puede ser más útil pensar en términos de una sola versión o representación del analista que incluye como elementos, por ejemplo, la buena Sra. Klein, el monstruo, el reconocimiento por parte del paciente de su flaqueza y ansiedad pasajeras; y, con ellas, de su incapacidad de tolerar el dolor y la culpa a que se exponía con todos estos elementos orgánicamente vinculados a los restantes.

Así pues, si es sin duda verdad que mi paciente buscaba el consuelo y la gratificación de un analista respondiendo de una forma amable, incondicional y apreciativa a lo que él aportaba, yo no estaba convencido de que el paciente pudiera esperar que yo aceptara llanamente su versión sin más ni más, o que si me hubiese comportado así no le hubiera facilitado otra cosa que una tranquilización pasajera e incómoda. Creo que hubiera reconocido consciente o inconscientemente que mi dramatización de la fantasía de la madre amable y afectuosa se hubiera basado en parte en mis propias ansiedades y necesidades, por ejemplo en mi necesidad de escindir y denegar cualquier conexión entre la madre que rechaza y yo mismo, y mi deseo de sentirme valorado y querido por el paciente.

Análogamente, no se trata simplemente de que mi paciente buscase una particular forma de reaseguramiento ante la fantasía de habérselas con un analista cruel, hasta sádico; a medida que la sesión avanzaba ejerció una presión creciente sobre mí para que me añadiera a la enactación de esta escena mostrándome impaciente y frustrado con él, discutiendo con él, haciendo quizá alguna crítica o comentario sarcástico o negligiendo de hecho una contribución útil o esclarecedora que el paciente hubiera podido hacer. Si la enactación de este rol (que sospecho raramente imposible de

evitar del todo) hubiese aportado a mi paciente un grado de gratificación, excitación y triunfo, esto se habría conseguido a expensas de la escisión y la proyección de los aspectos más benévolos y reflexivos de su analista. Pese a que esta versión de mí, atrapado en una interacción sadomasoquista con él, podría ir acompañada de gratificación y reaseguramiento temporal, el éxito de este proceso tiene un efecto perturbador y debilitante para el paciente. Sospecho que el paciente siempre tiene un reconocimiento consciente o inconsciente de que una enactación de este tipo delata ansiedades y dificultades del analista. En tal caso impone al paciente la impresión de haberse desprendido de un método más creativo de funcionamiento que, en definitiva, no resulta ni tonificante ni tranquilizador para el paciente.

Pensé que a cierto nivel mi paciente esperaba y necesitaba que yo continuase funcionando como alguien que pudiera recibir y contener sus proyecciones (en el sentido de Bien), ni dramatizando algo como reacción ni estando demasiado perturbado por ellas.

CONCLUSIÓN

En este capítulo he descrito brevemente de qué manera los procesos de escisión llevan al establecimiento de un conjunto de versiones del self y del objeto en la medida en que las conexiones entre ellos permanecen activas. He sugerido que el mecanismo de reaseguramiento entre en juego cuando una particular versión, cargada de ansiedad, se vuelve preeminente perturbando el equilibrio psíquico del individuo. El paciente intenta reasegurarse para poder restablecer el estado de equilibrio perdido. Esto parece implicar a menudo el restablecimiento de una relación de objeto familiar, omnipotente y narcisista.

Creo que podemos distinguir dos maneras de reasegurarse. El equilibrio del sujeto puede restaurarse poniendo en el lugar central una versión de sí mismo, de su objeto y de la relación con él que ha sido lograda mediante la escisión y la proyección de elementos perturbadores de la configuración total. Creo que este mecanismo se ha ilustrado vivamente con el ejemplo de Melanie Klein. La reposición de este equilibrio se ha conseguido, sin embargo, al precio de la renegación de importantes elementos de la realidad psíquica del individuo incluyendo la percepción del objeto y su relación con él como algo complejo e integrado.

Hay estrechos paralelismos con el intento del niño de reclutar a uno de los padres en una relación de exclusividad en la que se niegan diferentes facetas de su personalidad así como su relación con el otro miembro de la pareja. De esta manera el niño puede establecer lo que Britton (1989) ha descrito como la «ilusión edípica». No cabe duda de que la realización de esta fantasía desiderativa puede ser tranquilizante, confirmando por ejemplo la versión del niño como alguien capaz de gratificar y satisfacer las necesidades de uno de los padres, excluyendo a todo el mundo de su mente y de su vida.

En la situación analítica el analista puede sentir una presión considerable a

participar en este juego. Las proyecciones del paciente movilizan con frecuencia ansiedades y conflictos en el analista que puede tener razones personales para querer rechazar versiones de sí mismo como demasiado duro o sádico, demasiado seductor o ineficaz. De este modo las proyecciones del paciente pueden activar las propias dificultades del analista para mantener una conexión efectiva con aquellos elementos de su personalidad, aquellos pensamientos o facultades, aquellas versiones de sí mismo que el paciente puede desear desterrar de la mente del analista.

Si los pacientes se dan cuenta de que el reaseguramiento que buscan ha de conseguirse arrastrando al analista a una enactación de sus deseos, sospecho que esto siempre incluye la fantasía de haber separado al analista de aquellos objetos o funciones que le dispensan ecuanimidad y amplitud de miras. Esto confirma la creencia del paciente en la omnipotencia del analista, con la ansiedad y culpa consiguientes. Y más importante quizá, esto confirma la presencia (externa e interna) de una figura débil e inconsistente, de la cual el paciente se ve incapaz de obtener en realidad seguridad alguna. Naturalmente, esto puede reforzar la necesidad de seguir utilizando mecanismos proyectivos, evitando confrontarse con una pareja parental débil y dividida o con su representación en la mente del analista.

La paradoja que encontramos en el trabajo analítico es que aunque resulte penoso e inquietante, para el bien del paciente los analistas tendrían que ser capaces de pensar con independencia, en conexión con su propia mente, de la cual el paciente es excluido; en conexión con teorías, con los colegas o con la experiencia del propio analista que el paciente no comparte; el paciente confía en la capacidad del analista para hacer esto. Y ello se concreta, a mi parecer, con el reaseguramiento derivado de la creencia del paciente de que no ha podido destruir a ninguno de los padres ni a la pareja parental en la situación edípica original. Siendo así, el paciente se pone en contacto con una versión de los padres o del analista que puedan conservar una capacidad de pensar por sí mismos, cosa que paradójicamente supone una relación con un tercero.

Sugiero pues que la creación de la ilusión de una relación de exclusividad entre uno de los padres y el hijo, o entre el analista y el paciente, en la cual se han escindido y proyectado elementos vitales pero dolorosos de la realidad psíquica, no pueden servir de base a una experiencia genuinamente reaseguradora. Al contrario, el reaseguramiento ha de incluir la supervivencia o la restauración de una configuración edípica en que ambos padres puedan tener una relación entre sí al lado de una relación con el hijo. Los analistas podrán tener una relación compleja con diferentes partes de su propia mente y versiones diferentes del paciente con el cual están trabajando. La internalización de esta configuración permite a los pacientes acceder a un mayor grado de integración entre los diferentes elementos de su propia personalidad y, en último término a una genuina experiencia de reaseguramiento.

RECONOCIMIENTO

Se publicó una versión anterior de este capítulo bajo el título «La dinámica del

reaseguramiento», *International journal of PsychoAnalysis* (1993), 74(2), 275-285.

CAPÍTULO 5

La iluminación de la historia

Parece intrínseco a la naturaleza de nuestro trabajo el empeño en trazar un cuadro coherente de la historia del paciente. No hay que decir que es siempre nuestro propio cuadro y evolucionará en el curso del análisis. En este capítulo voy a considerar algunas de las dificultades relativas a nuestras intervenciones, a nuestros intentos de restaurar y aclarar la historia incompleta u olvidada del paciente y los mecanismos del cambio psíquico.

Creo que todavía estamos bajo la influencia, en mayor o menor grado, del modelo que sugiere que es la recuperación de los mismos recuerdos reprimidos, aquello que constituye la fuerza terapéutica. El análisis de la transferencia, de acuerdo con este modelo, se utiliza en primer lugar como un camino gracias al cual poder lograr acceso a la historia.

Por lo general se presta bastante menos atención a la exploración del proceso entre el paciente y el analista a partir del cual puede surgir una nueva perspectiva. En este capítulo me esfuerzo en sostener que la historia del paciente se halla incluso en sus relaciones internas de objeto y se manifiesta y expresa en la relación de transferencia-contratransferencia. Es en primer lugar a través de la experiencia y la comprensión de estas relaciones, cuando podemos comprender que podemos esperar promover cambios internos. Estos cambios afectan a las propiedades de los objetos internos del paciente y la relación entre ellos y que son el resultado de las variaciones dinámicas en el uso que hace el paciente de los mecanismos proyectivos e introyectivos.

En 1912 Freud se refirió a la difícil tarea que incumbe al analista de «guardar en su mente los nombres innumerables, fechas, recuerdos detallados y producciones patológicas que cada paciente comunica en el curso de meses y años de tratamiento» (Freud, 1912b: 111). De hecho señala que tan pronto como el analista intenta deliberadamente concentrar su atención en un tema particular,

empieza a seleccionar a partir del material que se le ofrece; un punto determinado quedará fijado en su mente con una claridad particular y algún otro en cambio será al mismo tiempo desestimado, y al hacer esta selección estará guiado por sus expectativas o inclinaciones (Freud, 1912b: 112).

Existe el peligro, dice, de «que nunca se encuentre otra cosa que lo que ya sabía de antemano». Continúa recomendando que el analista tendría que apartar de su capacidad de atención todas las influencias conscientes y abandonarse completamente a su «memoria inconsciente». «Simplemente, tendría que escuchar y no preocuparse por si retiene algo en su mente» (Freud, 1912b: 112). Más tarde sugiere que el analista debería «evitar todo lo posible la reflexión y la elaboración de expectativas

conscientes y no intentar fijar en la memoria nada en particular de lo que haya oído y de esta manera captar el flujo del inconsciente del paciente con su propio inconsciente» (Freud, 1923b: 239).

Unos cincuenta años más tarde, Bion se ocupó de nuevo de estos problemas en sus Notas sobre la memoria y el deseo (1967b). Empieza diciendo: «La memoria siempre es engañosa como registro de los hechos porque está distorsionada por la influencia de las fuerzas inconscientes.» En contraste, continúa diciendo que «la "observación" psicoanalítica no se preocupa ni de lo que ha ocurrido ni de lo que va a ocurrir sino de lo que está ocurriendo» (Bion, 1967b/1988: 17, 18). Sugiere que el mundo real del psicoanalista se ocupa de la depresión, la ansiedad, el miedo y otros aspectos de la realidad psíquica, tanto si estos aspectos han sido o puedan ser señalados con provecho. Pone el énfasis en el proceso que tiene lugar dentro de la sesión en donde, como señala: «Algo se desarrolla a partir de lo oscuro y de lo informe» (pág. 18). El analista debería ser receptivo a esto y estar dispuesto a interpretarlo.

En este punto, Bion parece estar ocupado primariamente con el estado mental del analista, su necesidad de mantener una particular receptividad por difícil y hasta alarmante que pudiera ser. El punto que destacó de este trabajo interesante y sugerente es muy cercano al de Freud, es decir el que apunta a la interferencia potencial en el estado de receptividad del analista a las comunicaciones inconscientes del paciente, interferencia que depende de los recuerdos, supuestos y preconcepciones que ocupan la mente del analista. Bion sugiere que si el analista, desprendiéndose de memoria y deseo, se hace más receptivo a las comunicaciones del paciente, encontrará en cualquier momento de la sesión «un número creciente de variedades de humor, ideas y actitudes de su paciente» (Bion, 1967b/ 1988: 18). Utilizando su intuición en el seguimiento de la evolución de los estados psíquicos del paciente dentro de la sesión, las interpretaciones del analista ganarán en fuerza y convicción - tanto para él como para su paciente- porque brotan de la «experiencia emocional y no de las teorías generalizadas "recordadas" imperfectamente» (pág. 19).

Pienso que estas recomendaciones familiares de Freud y Bion suscitan cuestiones importantes. La primera de ellas tiene que ver con el estado mental del analista, la calidad de su atención, la preeminencia con que figuran en su mente las preconcepciones teóricas, los puntos de vista que mantiene sobre el paciente y su historia, etc. La segunda, que va ligada a la primera, se relaciona con las teorías sobre el cambio psíquico: para el analista, ¿qué resulta más útil atender o interpretar?; y no solo para una mayor comprensión sino también para promover un cambio psíquico.

No siempre es fácil conciliar la actitud expresada en las recomendaciones formuladas por Freud y Bion, en los pasajes antes citados, con una teoría del cambio psíquico, diferente en apariencia, que encontramos a lo largo de los escritos de Freud. Todavía en 1937 Freud escribía que el análisis trata de llevar al paciente a recuperar ciertas experiencias y los impulsos afectivos evocados por ellas que con el tiempo habían sido olvidadas.

Sigue diciendo: «Lo que estamos buscando es una imagen de los años olvidados del paciente que sea digna de confianza y completa en todos los aspectos esenciales» (Freud, 1937b: 258). Al indicar la mejor manera de lograr este objetivo, Freud, inicialmente, había puesto el énfasis en el papel de «las alusiones a las experiencias reprimidas y a los derivados de los impulsos afectivos suprimidos así como a las reacciones en contra de ellos» (pág. 258) que surgen en la asociación libre, en el análisis de los sueños, etc. De todos más tarde acabó por reconocer que la relación transferencial era quizá el mejor camino para tener acceso a los recuerdos más tempranos y a los vínculos emocionales primerizos. Mi impresión, empero, es que la preocupación primordial de Freud era utilizar la transferencia al servicio de la reconstrucción, llenar los huecos para llegar a lograr el cuadro entero. No parece haberse concentrado en la comprensión e interpretación de las interacciones entre analista y paciente, como si en sí mismas no tuvieran otra importancia que como un medio de facilitar el cambio psíquico, como voy a comentar más tarde.

Spillius (2004) señala que en sus conferencias y seminarios en los años de 1930 y 1940, Klein expresa criterios particularmente firmes de que el analista tendría que vincular la transferencia a las experiencias y a las fantasías del pasado. En sus notas no publicadas, Klein escribe:

Hemos de darnos cuenta de que analizar las relaciones del paciente con el analista a partir del material consciente e inconsciente, no sirve a su objetivo si no podemos vincularlo, paso a paso, con las emociones y las relaciones más tempranas (Klein, c 1945, citado por Spillius, 2004).

En otras palabras, Klein siguiendo de cerca a Freud, está adoptando una teoría del cambio psíquico que parece contingente con el establecimiento de vínculos minuciosos (y a mi parecer explícitos) con las experiencias tempranas del paciente.

En sus importantes estudios sobre la reconstrucción en 1956, Kris parece focalizarse sobre todo en el problema de la recuperación de los recuerdos infantiles, en cómo se lleva a cabo y en el contexto dinámico en que esto ocurre. También sugiere que la técnica terapéutica está interesada ante todo en la corrección de las distorsiones de la historia vital. Describe la manera que tienen ciertos pacientes de elaborar una «autoimagen autobiográfica», un «mito personal» al cual se han adherido devotamente y que preserva las importantes fantasías precoces que han heredado. Esta pantalla autobiográfica es el núcleo secreto de un síndrome de personalidad, al servicio de una estructura defensiva que determina el patrón de vida. Observa que con estos pacientes «la certeza de que las cosas no podrían haber sido diferentes, que su rememoración era completa y fiable... era una certeza omnipresente» (1956a: 654). Piensa que la tarea del analista es traspasar la pantalla autobiográfica, descubrir contradicciones, distorsiones y omisiones. «Solo después que las omisiones han sido colmadas y se han corregido las distorsiones, puede lograrse el acceso al material reprimido» (Kris, 1965a: 653).

De todos modos Kris también está interesado en problemas más amplios del

cambio psíquico y plantea la cuestión de la eficacia terapéutica en la recuperación de los recuerdos. Afirma: «Es bien conocido que a este respecto nuestra opinión ha sufrido importantes modificaciones pues el modelo de la histeria ha perdido su primordial importancia en el pensamiento psicoanalítico» (Kris, 1956b: 55). Y señala:

De una manera sutil, este modelo ha presidido las discusiones psicoanalíticas aun después de haber perdido su valor prototípico, es decir después de la introducción del modelo estructural en la obra de Freud. Puesto que ya no consideramos la represión como el único mecanismo de defensa, la tendencia a aquilatar los resultados del tratamiento psicoanalítico en función de los «nuevos» recuerdos recuperados es... obsoleta. Y aun así, parece que esta tendencia haya quedado como parte de una simplificación no reconocida de nuestro pensamiento. Pero si, comparativamente, es fácil afirmar lo que ya no tenemos por cierto, decir lo que creemos verdadero resulta mucho más difícil (Kris, 1950b: 55).

(Quisiera añadir que siempre hay el peligro de que también el analista quiera desarrollar una especie de «mito personal», una versión de la historia del paciente, o un cuadro del análisis o ambas cosas, que sirva a sus propios intereses defensivos adquiriendo a veces una calidad de certidumbre de que las cosas quizá no han podido ir de otra manera. Esto puede proteger al analista y al paciente de ansiedades, fantasías e interacciones más perturbadoras, presentes en la relación analítica).

Para reafirmar la visión clásica del papel de la reconstrucción, citaré la síntesis hecha por Viderman (1974).

Para Freud la neurosis era una enfermedad de la memoria, y se requería la recuperación de la historia del sujeto, el restablecimiento de un patrón histórico, quebrado por efecto de las defensas, seguido de la reintegración en la consciencia, que había perdido esencialmente los recuerdos traumáticos y los deseos culpables. Y todo esto para probar con el efecto de la construcción interpretativa que el acceso a la totalidad de la historia significativa es no solo posible antes bien al alcance de la técnica psicoanalítica. Y una vez que esta tarea se ha llevado a cabo, habremos completado la restitución ad integrum, que es el objetivo fundamental del tratamiento analítico (Viderman, 1974, citado en Laplanche, 1972: 429).

Laplanche también hace referencia a una posición alternativa que denomina «hermenéutica creativa» que toma conocimiento del hecho de que todo objeto se ha construido gracias a los objetivos del sujeto y así el objeto histórico no puede escapar a este relativismo: no hay hechos desnudos; no hay otra experiencia que aquella que es objeto de investigación (Laplanche, 1992: 430). De este modo Viderman habla de la invención y de la creatividad de la interpretación. «Lo que importa es que el analista, sin tener en cuenta la realidad adapte y acople estos contenidos para construir un todo coherente que no reproduce una fantasía preexistente en el inconsciente del sujeto pero que provoca que exista por el hecho de formularla»

(Viderman, 1970, citado por Laplanche, 1992: 430).

Laplanche indica que hay, por ejemplo, dos actitudes alternativas que encontramos detrás de las sucesivas versiones de la historia clínica del «Hombre de los lobos». Una de ellas es la búsqueda de la verdad positiva, detallada, cronológica, acerca de la escena primaria. De todos modos el autor sugiere que lo que Freud estaba persiguiendo:

Es un tipo de historia del inconsciente, o más bien de su génesis, con discontinuidades en las que los momentos de ocultación y de reaparición constituyen lo más importante de todo; una historia, podría decirse, de represión en que las corrientes subterráneas se describen con mucho detalle, por no decir con más detalle que los rasgos de carácter manifiesto (Laplanche, 1992: 435).

En este capítulo sugiero que en la sesión analítica es posible observar estos momentos de ocultación y reaparición que permiten el análisis de ansiedades persistentes y fuerzas defensivas que se manifiestan en estos momentos de «discontinuidad». Kris escribe:

No solo la experiencia presente descansa en el pasado; también el presente ofrece incentivos para examinar el pasado; el presente selecciona, colorea y modifica. La memoria, al menos la memoria autobiográfica y personal... es dinámica y telescópica. La situación psicoanalítica con su acento en la regresión parcial y controlada... es diseñada de modo que las fronteras entre pasado y presente tienden a difuminarse (Kris, 1956b: 55-56).

Pudiera decirse que el analista se mantiene observando una organización de fuerzas en la conducta del paciente y va guiando esta reorganización con sus interpretaciones. Esta interacción da por resultado lo que habitualmente significamos como «el proceso analítico» (Kris, 1956b: 58-59).

El análisis detallado de las situaciones conflictivas actuales y la evocación del pasado no son por tanto accidentales sino que están esencialmente interrelacionadas y no pueden existir separadamente. De ahí la impresión de que cuando se analiza la influencia de las fuerzas pulsionales y las fantasías inconscientes en el conflicto actual, la reaparición del material infantil puede producirse a continuación espontáneamente (Kris, 1956b: 64).

Kris (1956b: 67) continúa diciendo que «hemos llegado a comprender en mayor detalle la forma en que las interpretaciones tratan de demostrar, en la conducta del paciente, la persistencia de impulsos mayormente preverbales, profundamente reprimidos que pueden enriquecerse y complementarse con la recuperación de recuerdos». Mantiene que la interpretación efectiva, al disminuir las funciones defensivas, refuerza las funciones integrativas del Yo. Esto puede permitir que los recuerdos «entren en el flujo del pensamiento, en primer lugar en conexiones

asociativas de las cuales habían sido excluidos; después (retomando) su lugar en la representación del pasado personal, pretensión del trabajo reconstructivo» (pág. 82).

Al hablar del insight tendríamos que distinguir la relación del analista y la del paciente. Los recuerdos recuperados refuerzan la convicción del analista, le fortalecen ante la duda y pueden ayudarlo a engranar la siguiente interpretación en relación más estrecha con aquellos puntos en que el pasado parece seguir viviendo en el presente (Kris, 1956b: 83).

He transcrito estos trabajos con cierta extensión porque pienso que ilustran el tránsito desde un concepto más clásico del proceso analítico que confiere una primacía a la reconstrucción histórica hasta una perspectiva que me parece muy diferente. Esta se centra en cambio en las funciones de la interpretación con la promoción del proceso analítico, reforzando al Yo; esto conduce a una mayor integración que, a su vez, da acceso al paciente a un pleno reconocimiento de la comprensión de su historia. Voy a extenderme en estos temas más adelante en este mismo capítulo.

En una interesante elaboración de alguna de estas cuestiones Frank (1991: 23) afirma que «las historias derivadas de anamnesis diagnósticas son por tanto informaciones psicológicas de inestimable valor. De todos modos... casi inevitablemente... la transferencia refuta estas fábulas iniciales por convincentes que pudieran ser a primera vista».

Presenta la viñeta clínica siguiente: una mujer joven atribuía sus serias dificultades al hecho de haber sido seducida cuando era niña por un amigo adulto de la familia, con el cual se prestaba casi diariamente a caricias sexuales de los ocho a los once años en correspondencia a pequeños obsequios. Recordó particularmente una ocasión cuando estaba escondida con él fuera de su casa y oyó que su padre la llamaba por su nombre. Estaba tan asustada como excitada de que él la estuviera buscando y no la encontrara. Frank sugiere:

Nada de lo que sucedió después en el análisis contradecía el hecho de estas experiencias infantiles o de sus impactos destructivos, disruptivos y traumáticos. Pero siguiendo la transferencia, emergió el problema central omitido de la infancia de la paciente, que explicaba y que, una vez recuperado, pudo llevar a la resolución de las consecuencias funestas de la seducción. Esta se asociaba a los anhelos pasivos frustrados con la madre nutricia. En particular no pudo renunciar a su impulso casi adictivo, a sus necesidades de excitación caótica hasta que se dio cuenta del vacío interno de depresión y soledad del que escapaba en una especie de distracción desesperada. La presentación del llanto plañidero en el recuerdo pantalla era un desplazamiento y una reversión. En realidad representaba el requerimiento desatendido de la paciente a su madre para obtener su apoyo y amor. Era el ansia profunda de esta asistencia lo que explicaba su vulnerabilidad a la seducción y sus satisfacciones perversas. Su estado de

necesidad persistía disfrazado y reprimido y se expresaba a través de los síntomas y el acting out. Esta fue la reconstrucción tal como se expresaba transferencialmente y tal como fue entendida, articulada y aceptada por el analista y la paciente.

Con el análisis, la autobiografía construida en épocas anteriores se ve expuesta hasta sus cimientos y su composición y manufactura originales quedan al descubierto para quien quiera verlas. Hay una oportunidad de reconstrucción en el sentido de una revisión que aproxima las realidades del pasado brindando también una oportunidad al examen e investigación de por qué y cómo se sedujo a sí misma o fue forzada en su fantasía original. Este ejercicio histórico se desenvuelve simultáneamente con el proceso terapéutico y le es intrínseco (Frank, 1991: 23).

La evolución de la relación transferencial permitirá la «renuncia a las distorsiones y a las posiciones emocionales fijadas. Hasta este punto el analizado se libera, es capaz de responder más auténtica y eficazmente al presente como presente y no como a una repetición del pasado» (pág. 25). Finalmente Frank afirma:

Aquí nos encontramos en la base, en los cimientos de la cualidad mutativa del proceso curativo analítico. La evolución de la transferencia ha llevado a una recapitulación y reviviscencia del pasado; un pasado a cuyas irrealidades y distorsiones el paciente está todavía ligados a patrones funcionales y a maneras de ser, es decir a estructuras (Frank, 1991: 25).

Y sin embargo, esta comprensión más acabada del proceso analítico está todavía «eclipsada» hasta cierto punto, como indica Kris, por la visión de Freud de la función central de la evolución y el valor de la reconstrucción biográfica. Se considera primordialmente la transferencia como una manera de tener acceso a los recuerdos y a las experiencias reprimidas que permite una mayor integración.

El trabajo de Betty Joseph nos ofrece una perspectiva sutilmente diferente pero notoriamente importante. Aunque Kris y Frank (para tomar estos dos ejemplos) hacen un uso claro del fenómeno transferencial, no describen la naturaleza precisa de la transferencia ni las interacciones entre analista y paciente. El enfoque de Joseph es primordialmente sobre la naturaleza de la interacción entre paciente y analista y sobre los importantes elementos de la personalidad del paciente, de su historia y su patología que se expresan y dramatizan entre los dos en aquellos momentos precisos de «sepultar y resurgir» y que revelan movimientos dinámicos importantes. Su teoría implícita del cambio psíquico concede la primacía al análisis de estos procesos.

En un trabajo no publicado sobre la utilización del pasado, Joseph (1996) señala que la actitud del paciente hacia el pasado y el uso que de ello hace en el análisis se puede considerar como la enactación de un patrón defensivo persistente. Describe a un paciente que «utiliza su historia, lo que siente acerca de su pasado y el modo de relacionarlo con su vida exterior presente para evitar el contacto emocional inmediato

con lo que está ocurriendo en la sesión». Y continúa: «Puede desembocar en un ejercicio intelectual y puede llevarnos a los dos a una discusión explicativa de modo que hay dos sujetos casi iguales, el paciente y el analista, que sienten que el primero lleva la voz cantante.» Joseph indica cómo, para el paciente tal interacción representa en realidad una enactación de elementos de su historia. Si no se reconoce la naturaleza de esta enactación, no se amplía la comprensión de su pasado ni de su desarrollo; desde luego se convierte en la antítesis de la comprensión. «Supone repetir más que perlaborar.»

En su descripción del caso, Joseph (1996) sugiere que lo que emerge en las sesiones es: «La manera que tiene el paciente de defenderse contra el dolor del pasado pero también su manera de utilizar el pasado, de ayudar a generarlo y a perpetuarlo; y esto solo lo podemos empezar a descubrir cuando se reenacta en la relación con el analista.» Joseph continúa diciendo que

no estoy reconstruyendo la historia y el pasado de mi paciente a partir de lo que me dice o me ha dicho; la historia se reconstruye por sí misma. A mí se me pide que juegue roles particulares en la reconstrucción pero mi tarea es intentar darme cuenta de las maneras en que se me pide actuar e interpretar en consecuencia, no simplemente la tarea de encajarme en el rol (Joseph, 1996).

Joseph reconoce que a veces es útil para paciente y analista contemplar alguna situación surgida en el análisis y relacionar la comprensión que de ella puedan recabar, con experiencias del pasado y la significación que pueda aportar en el presente.

Pero creo que el paciente necesita ser capaz de mantenerse a suficiente distancia de la situación para que esta sea significativa. Si el paciente se encuentra atrapado en algún acting out o acting in en la relación con el analista, la verdadera comprensión no puede lograrse volviéndose al pasado; está implicado excesivamente, en profundidad, en el presente y las interpretaciones estarían en consecuencia demasiado saturadas de actualidad. Si está demasiado atrapado en el pasado no puede permitir que el presente, la situación inmediata, le afecte (Joseph, 1996).

Joseph sigue preguntándose «¿por qué estamos interesados en el pasado del paciente, en su historia? ¿Hasta qué punto necesitamos, en realidad, establecer vínculos con el pasado y por qué?» Sugiere que el interés del analista en el pasado del paciente surge en parte de su propio deseo de obtener un cuadro más integrado del paciente como un todo, y también del reconocimiento de la importancia que tiene para el paciente el logro de un mayor sentido de integración. De todos modos

la integración útil del pasado solo puede lograrse si la hacemos a partir del presente, a partir de lo que está siendo enactado, aunque en silencio, con el analista, haciendo conexiones solo si se conforman y cuando se conforman

en su propia mente y sean relevantes de modo inmediato. No se trata de partir del pasado y explicar el presente y lo patológico por lo que creemos saber del pasado.

Creo que esta perspectiva adquiere su fuerza del supuesto teórico de que lo que nosotros concebimos como objetos históricos son objetos internos y estos pueden ser mayormente reconocidos y comprendidos en el presente por la manera de ser experimentados y vividos. En mi opinión, el cambio psíquico depende esencialmente de la modulación de las fuerzas internas que mantienen las cualidades de los objetos internos del paciente y sus interacciones. Creo que esto solo puede lograrse mediante la comprensión y el análisis de la manera como estos objetos internos y estas relaciones objetales se expresan en el presente, en la transferencia.

Establecer vínculos con el pasado puede ser enriquecedor para analista y paciente dispensando al paciente un mayor sentido de integración y de continuidad significativa. De todos modos me parece que el cambio psíquico se facilita primordialmente con la experiencia y la comprensión de alguna de las interacciones en la relación de transferencia-contratransferencia tal como lo describe Strachey (1934) en su importante estudio. Gracias a la exploración detallada y a la interpretación de cómo las ansiedades del paciente, sus necesidades y defensas se expresan en las interacciones, de momento a momento, puede tener lugar alguna modificación de las fuerzas internas que mantienen las estructuras y las relaciones patológicas. La comprensión del analista y la capacidad de hacer vinculaciones puede modificar la fuerza y la naturaleza del empleo que el paciente hace de la identificación proyectiva. Esto a su vez va a permitir al paciente reconocer las conexiones cargadas de significación y de emoción; en primer lugar en el presente de la sesión y más tarde incluyendo elementos del pasado.

MATERIAL CLÍNICO

Quiero explorar alguno de los problemas antes considerados, en relación al material clínico del análisis de una joven paciente en tratamiento conmigo. Pero antes de hacer esto quisiera referirme al material ilustrativo del trabajo de una colega que empezó a tratar, en la clínica, a una mujer joven perturbada. La paciente había llegado quince minutos tarde a su segunda entrevista preliminar, ansiosa y desorganizada y sosteniendo con firmeza una taza de café. Había hablado con otro profesional del comienzo del tratamiento y de cómo encajaría con otros intereses suyos, habida cuenta de que resultaba ser un compromiso mucho más importante de lo que había imaginado. No quería negligir a otras personas y tenía miedo de jugárselo todo a una sola carta. La analista dijo que pensaba que la paciente estaba muy ansiosa por el compromiso que el análisis representaba para ella y la paciente confirmó que le sabría mal empezar para después tenerlo que dejar. «Es como si te arrancaran la alfombra debajo de los pies.»

Entonces el analista hizo una asociación con el material que la paciente había traído en su primera entrevista, referente a su interés y afición a los caballos, y la

paciente dijo: «Con los caballos aunque te tengan simpatía y confíen en tí, cuando se asustan la relación contigo no cuenta para nada y en seguida empiezan a correr y correr y a veces no hay quien los pare.»

Después de otra intervención del terapeuta la paciente empezó a sosegar, entró más en la relación y se refirió a una terapia anterior que había durado algunos años. Habló de unos límites borrosos y dijo que con frecuencia había sentido una actitud abusiva de su terapeuta si bien se sentía muy apegada a ella. Temía que ella hubiera resultado excesiva para su terapeuta. La analista le dijo que pensaba que la paciente estaba preocupada por vincularse demasiado con ella y tenía miedo de que pudiera afectarse por la paciente y comportarse de modo similar a la terapeuta previa. La paciente confirmó lo dicho y contó que la primera sesión la había conmovido mucho y le había dejado la preocupación de hurgar en cosas profundas.

Después de estas entrevistas preliminares se ofreció a la paciente tratamiento en la clínica pero, por razones administrativas, no recibió la carta en tiempo oportuno y faltó a la primera sesión. A la segunda sesión llegó puntual ansiosa y excusándose. Insistió en decir que había esperado con ilusión empezar el tratamiento y que un amigo le había dicho que pensaba que la analista la podría ayudar; la había encontrado firme pero no antipática y le gustaba esta combinación. Las cosas que la analista le había dicho eran útiles y se consideraba afortunada porque le hubieran asignado esta particular analista. Repitió que estaba contenta de encontrarse aquí y echó un vistazo al consultorio.

La analista se hizo cargo de lo que la paciente le había dicho y la invitó a tenderse en el diván. La paciente dijo: «¿Cómo?, ¿ahora?» y la analista respondió: «¿Por qué no?»

La paciente dijo entonces que se había sentido muy inquieta las dos últimas semanas y que sentía como un alivio al poder encontrarse allí. Estaba en cama la pasada noche (explicó que sufría de insomnio) y pensaba en lo que había ocurrido durante unas vacaciones en España cuando tenía seis años. Había otros niños allí y uno de ellos resbaló y se cayó al agua, que parecía realmente profunda. La paciente intentó agarrarlo pero perdió pie y se cayó también. Podía tan solo recordar la sensación de estar totalmente sumergida en el agua. Y pensó: «Ya está, voy a ahogarme» y le parecía que había estado una eternidad bajo el agua, pero por lo que fuera no se ahogó y pudo llegar a la playa. Su madre estaba en la playa leyendo, levantó la vista y la riñó por dejar que se empapara el estúpido sombrero que llevaba. «Ya te advertí de no mojar el sombrero» me dijo y yo sabía que era inútil contarle lo que había ocurrido, pero aquello todavía me horroriza. (Tenemos aquí una representación muy vívida de la fantasía inconsciente que está detrás de la referencia inicial de la paciente a sus temores de «ir al fondo de las cosas»).

La analista sugirió que la paciente le hacía saber que se sentía intranquila por no saber en qué manos se estaba encomendando, que no sabía si dejaría que se ahogara o sería capaz de ver lo que ella necesitaba.

La paciente dijo con cierto humor: «Mientras no sea usted como mi madre!»

La analista, luego, lo asoció con la sesión perdida y comentó que la paciente había conseguido «llegar a la playa» y estaba preocupada por si pudiera ser criticada y no se reconociera cuán afectada había estado por el problema de la sesión perdida.

La paciente respondió insistiendo en que ella, de veras no quería que la analista pensara que le estaba mintiendo. Se lo había pensado mucho antes de empezar el análisis, le había supuesto mucho esfuerzo y tenía miedo de que la analista le dijera: «Bien, ya veo que le cuesta venir y hacer este esfuerzo...». Pero en realidad no había sido en absoluto así.

Este parece ser un claro ejemplo de la forma que tiene el paciente, desde el comienzo, de llevar su historia a la relación transferencial; es decir la visión que tenía en aquel momento de una figura materna con la que no se podía contar, hostil y desatenta. La analista utilizó el material para situar a la paciente en una vía más profunda, no explorando directamente su «historia» sino explorando las particulares fantasías y ansiedades que habían surgido en el compromiso de la paciente con la analista y el proceso analítico.

ILUSTRACIÓN CLÍNICA

Quiero revisar ahora con más detalle alguno de estos problemas en relación con una paciente mía. La señorita B. es una mujer joven muy inteligente pero perturbada, con un trastorno alimenticio. Su padre era un ejecutivo de una compañía de alto rango que viajaba mucho. Su madre era una pianista de talento, amargada y desilusionada porque su carrera nunca había sido brillante. La Srta. B. fue enviada a una escuela en Suiza y allí había aprendido a hablar con soltura varios idiomas. La relación de la Srta. B. con su familia, sobre todo con su madre, era intensa y perturbada. Había sido incapaz de decidirse por cualquier plan de trabajo o estudio que hubiera podido creer satisfactorio. Tenía una hermana menor que también estudió en Suiza, que tenía por más guapa y con más éxito que ella. Esta hermana estaba casada y recientemente había tenido un bebé.

La Srta. B. se mostraba a menudo ansiosa, enfadada y frustrada en las sesiones. Expresaba malhumor por las limitaciones del análisis y decía a menudo que estaba pensando dejarlo y cambiarlo por una forma de tratamiento más directivo y estructurado, o que imaginaba trasladarse a otro país y a otra manera de vivir.

La semana anterior se había sentido francamente mejor y se planteaba empezar a trabajar. Se había ofrecido como asistente del director de una organización artística importante, un hombre que ella admiraba mucho. Excepcionalmente este trabajo le parecía adecuado y asequible para ella. En el pasado había expresado a menudo su impaciencia y omnipotencia para lograr objetivos muy altos.

e todos modos, el jueves de la semana siguiente, después de un largo fin de

semana, dijo que de nuevo se había atiborrado de comida y alcohol. En la sesión estaba hostil y provocativa. A cualquier cosa que le dijera encontraba una respuesta de rechazo, defensiva, crítica o despectiva. Empecé a sentirme frustrado, decepcionado y molesto. Parecía que nuestro trabajo anterior había sido triunfalmente envenenado con alcohol o evacuado. También noté que me sentía un poco culpable y responsable y asocié esto en mi mente con el próximo fin de semana prolongado. Esta combinación de frustración, decepción, enojo y culpa con su potencial para el mutuo reproche me era muy familiar. Sin embargo al margen de todo ello había períodos en que me sentía desesperanzado de hacer algo fructífero con lo que pudiera ofrecerle.

En el curso de la sesión la señorita B. mencionó, sin darle importancia, que no había sido incluida en la lista de candidatos al trabajo que pretendía. Mi conocimiento de la importancia que esto tenía para ella y el impacto que me produjeron sus palabras, me llevó a comentar la contrariedad que había supuesto para ella no figurar en la lista de candidatos seleccionados, como había esperado; y esto consonaba con el sentimiento naciente de que ella no ocupaba el lugar que hubiera deseado tener a mi lado. Pensaba que estas experiencias contribuían a la manera hostil y desdeñosa de su forma de tratarme ahora como si yo fuera la persona incompetente para hacer este trabajo con ella. Al hacer una interpretación en este sentido la Srta. B. permaneció silenciosa un momento y después habló en tono conmovedor de su sentimiento de que se le había cerrado una puerta. También se refirió a lo complicado y doloroso que había sido para ella visitar a su hermana y su nuevo bebé.

Al día siguiente (el viernes antes del largo fin de semana) llegó tarde y me dijo que se había sentido muy mal. Con mucho esfuerzo había llegado a levantarse y venir y realmente no debiera haber venido. Dijo que había estado «bebiendo sin parar» la noche anterior, «bebía, bebía y bebía». Estuvo hasta mediada la sesión y después dijo que se sentía tan mal que necesitaba volver a casa.

Con objeto de comentar el papel de la historia, voy a considerar en primer lugar la cuestión de cómo orientarse en relación al material y cómo decidir la manera más provechosa de dirigirse al paciente. El impacto de las comunicaciones y el comportamiento de esta paciente era fuerte y perturbador. Expresaba llanamente que lo que yo le ofrecía era exiguo e inadecuado, ni de buena calidad ni en cantidad suficiente y ahora antes del largo fin de semana yo la abandonaba para irme con alguien. Mientras me esforzaba en comprenderla y utilizar la experiencia contratransferencial, encontré que los elementos de la historia de la señorita B., tal como los comprendía, estaban presentes en mi mente durante las sesiones y contribuían al «trasfondo» inespecífico que estructuraba mi manera de escuchar e intentar comprenderla. Me acordé por ejemplo de que ella estaba convencida, amarga y dolorosamente, de que nunca había sido deseada por su madre y que tenía que esforzarse duramente para conseguir su aprecio. Creía que su madre prefería a su hermana más agraciada y menos respondona. La señorita B. a menudo se aproximaba a su padre que era más simpático y afectuoso con ella. Había una rivalidad edípica intensa y abierta entre la paciente y su madre. A menudo trataba a su madre con un tono de superioridad y condescendencia, despertando el resentimiento y los celos de

la madre que a veces provocaba que su madre la atacara y excluyera.

También pensé que el dolor y los celos, que mi paciente experimentaba cuando se enfrentaba con su hermana y el bebé recién nacido, eran muy intensos porque evocaban de nuevo en ella el dolor y la angustia que había sufrido en su temprana infancia y que habían sido exacerbados con el nacimiento de la hermana. Deduje que probablemente había sentido entonces que se le había cerrado una puerta y que su madre se volcaba hacia su hermana y la abandonaba a ella de una forma que sintió devastadora. El cariz de esta historia se reexperimentó entonces intensamente con el analista que la dejaba el largo fin de semana.

La relación transferencia) conmigo era intensa y tumultuosa y naturalmente al darme cuenta de alguno de los elementos pude organizarlos en mis formulaciones de prueba acerca de su historia. A veces la paciente me experimentaba como la madre odiosa que la rechazaba, que la frustraba y atormentaba, dispensando a otros mi amor y atención, llevándola desesperadamente a beber y beber o a comer y comer. Otras veces, de un modo suplicante y seductor, se aliaba conmigo como a un padre bondadoso, simpático y afectuoso, del que esperaba «obtener un empleo» y que se pondría a su lado en el enjuiciamiento crítico de la madre. Creo también que a veces cuando nos sentía al unísono, éramos para ella como madre e hija en una relación estrecha e íntima de la que excluía a su padre y a su hermana. Así, la experiencia en la transferencia me ayudaba a iluminar mi comprensión de su historia del mismo modo que cuando me comunicaba algo de su historia se iluminaba la relación transferencial.

Cuando la Srta. B. hizo algunos progresos y pudo sentirse dispuesta a aceptar un trabajo que parecía apropiado, se sintió aliviada y sintió que yo estaría complacido. Pero este progreso también fue equiparado en su mente a ser escogida para una posición especial por su analista/padre con toda la ansiedad y excitación que esta expectativa evocaba. Al no ser preseleccionada para aquel trabajo, se encontró atrapada una vez más con gran agobio en una relación arcaica de objeto completamente diferente. Lejos de formar una alianza con ella, creyó que yo estaba resentido y amenazado por sus deseos y su evolución; esto era lo que a menudo sospechaba que podía existir tras las respuestas que recibía de su madre. Esto era, en su sentir lo que impulsaba a cerrarle la puerta, favoreciendo a su hermana menor. A la hermana se le podía dar el empleo o el bebé, con su hermana quisiera yo pasar el largo fin de semana. En aquellos momentos creo que la señorita B. sentía ser un objeto de odio, completamente abandonada y condenada a «beber, beber y beber».

También se refería a 'sí misma «bebiendo sin piedad». Mi reacción a esta frase y a mi experiencia en la sesión, se organizaba con las imágenes y las hipótesis que yo había desarrollado sobre su historia temprana, su relación actual con su madre y la historia de la sesión anterior. En mi sentir, esta descripción concordaba con las grandes dificultades que la señorita B. tenía para incorporar cualquier cosa, para valorarla y retenerla más allá de un breve período. Esto ocasionaba a menudo en mí un cierto grado de frustración y exasperación; me hacía sentir no solo inadecuado

sino también desesperanzado. Cualquier intento de «nutrirla» parecía casi siempre condenado al fracaso. Una vez me dijo que cuando seguía una dieta especial pidió a su madre que le comprara una variedad especial de zumo de frutas. Se quejó amargamente de que su madre le había traído no menos de doce variedades de zumos pero desde luego no había comprado el que ella le pedía.

Este trozo de historia ocupaba mi mente porque contenía e informaba de una forma crucial de interacción que repetidamente se dramatizaba entre mi paciente y yo y que sospecho firmemente que se refería a la infancia. En la sesión la paciente ponía en evidencia su intensa necesidad de ser adecuadamente escuchada y que se le ofreciese el equivalente de una comida para mantenerla con vida. De todos modos expresaba que sus necesidades eran tan grandes y tan particulares que no encontraría adecuado nada que se le pudiese ofrecer. Me sentí movido a hacer una muy larga interpretación con cierta convicción. Presumí de que la paciente reconocía la exasperación, desesperación y enojo que promovía en su objeto, el cual se sentía entonces impulsado a intentar, «sin piedad», depositar algo en ella. Este objeto detestable, desesperado y violento era así introyectado y pienso que entonces ella se sentía atacada sin piedad desde dentro.

La fuerza de la experiencia de ser rechazada que la paciente comunicaba en esta sesión, se desprendía de la resonancia y continuidad de esta experiencia con su historia temprana y también de la manera de revivirla en el curso de la sesión y en los espacios entre las sesiones. Esta comunicación impactaba al analista porque se daba cuenta del malestar actual de la paciente y de como ello concordaba con la noción que se había formado de su historia infantil. Se añadía a esto el grado en que el analista se veía a sí mismo no como una efigie del objeto originario que la decepcionaba sino siendo realmente aquella figura, alguien que en aquel momento era incapaz o no quería hacerse cargo de sus necesidades en el curso de la sesión.

Otro elemento que llegué a reconocer con esta paciente y que surgía en este material era que cuando la paciente se sentía rechazada, por así decir no preseleccionada en la lista, no solo se sentía como una víctima maltratada y desamparada. La experiencia de sentirse ante la puerta cerrada también evocaba sus creencias pertinaces de llevar algo dañado y dañino, un sentimiento de que acarrea en su mente y en su cuerpo algo estructuralmente erróneo, algo que inevitablemente justificaba que no fuese seleccionada.

v Todo esto plantea interesantes y difíciles cuestiones acerca de la «historia» y el estatus de sus opiniones y fantasías acerca de sí misma. ¿Hasta qué punto eran el resultado de las proyecciones hostiles de sus objetos primarios? Durante mucho tiempo creyó que cualquier cosa mala que pudiera albergar había sido evacuada en ella por su madre, con el propósito de aliviarse y conservarse sana. ¿Hasta qué punto se basaba todo esto en percepciones válidas o en mecanismos paranoides? Por otro lado, ¿hasta qué punto mantenía ella la creencia de que había algo en ella que le pertenecía, que no era simplemente algo dañado sino también envidioso y odioso que había provocado la exasperación y, en último término el odio de su madre?

Me doy clara cuenta de que mientras acariciamos inevitable y necesariamente hipótesis especulativas sobre estas cuestiones, el único terreno en donde es posible poder llegar a cualquier convicción sobre ello, estriba en la interacción transferencia-contratransferencia, esto es en la manera de expresarse, experimentarse y dramatizarse esta dinámica en la sesión.

Ahora quisiera estudiar un material que surgió pocas semanas después y con el cual creo que pudieron seguir elaborándose algunos de estos problemas. Yo me había tomado una semana de vacaciones. Muy poco antes de marcharme la paciente decidió acompañar a unos amigos enrolados en la educación de niños a una área devastada por el SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) en un país africano en vías de desarrollo. A mi regreso recibí un mensaje diciéndome que había demorado su regreso una semana más.

La señorita B. volvió con buen aspecto y para empezar hizo hincapié en la buena experiencia de vacaciones que había tenido, había comido de una manera sana, había hecho mucho ejercicio, disfrutado del grupo y había disfrutado también enseñando a los niños que eran muy agradecidos. Contrastó esto con todas las dificultades que había encontrado al volver: dificultades con la familia, por el dinero, un lugar en donde vivir y su desgana y serias dudas para continuar el análisis. Desde que había vuelto, dijo, había empezado a comportarse de forma poco saludable y autodestructiva.

En el curso de aquella semana después de su regreso, apareció un cuadro diferente. Contó que en el grupo de gente con el que había convivido las dos semanas anteriores, se puso en práctica un patrón familiar que habitualmente implicaba a una pareja en la que el hombre (y a veces también la mujer) se sentían atraídos por ella intelectual, emocional y sexualmente. Esto provocaba en ella una conocida mezcla de excitación, ansiedad, culpa y confusión. Las situaciones triangulares que describía reflejaban de cerca sus interacciones con sus padres, su hermana y el compañero de su hermana. También reflejaban sus fantasías y lo que se esforzaba en recrear en relación con su analista.

La señorita B. se refirió brevemente a lo que había ocurrido el último día de su estancia en el extranjero cuando uno de los hombres que se había interesado por ella le ofreció acompañarla al aeropuerto dejando de lado a su pareja. Pero el hombre no apareció y ella se encontró esperando más de dos horas lejos de todas partes. Se sintió muy afectada y cuando llegó a su casa se sorprendió a sí misma comiendo toda la comida que llevaba como obsequios para su familia y amigos y esto la puso enferma. Se sintió muy decepcionada de sí misma.

Me impresionó la manera de hablar de la señorita B. sobre este episodio y una vez más surgió en mí el sentimiento de ser yo la persona que le estaba ofreciendo ayuda, de «acompañarla» y que después la deja que se apañe sola, abandonada, dejando que se atiborre con la comida desesperadamente. Esto concordaba también con lo que yo había recogido de su historia infantil, de la relación con su madre y de

las experiencias previas en la «historia» del análisis. Si el contexto tenía manifiestas referencias edípicas y sexuales, la imagen más intensa en mi mente era la de una niña súbita e inexorablemente abandonada «lejos de todas partes». Daba a menudo la impresión de que estaba tratando con una niña desesperada que trata de llamar la atención y el amor de su madre o de su padre para que la tengan en cuenta, para ser su favorita. Ella tuvo repetidamente la experiencia de estos esfuerzos que lograban éxitos parciales cuando su objeto respondía, incluso excitado y alimentando expectativas para después dejarla de lado en la frustración y el desencanto; como su madre cuando se iba con su padre o se entusiasmaba con el nuevo bebé. En las sesiones analíticas toda experiencia de buen contacto, de ser comprendida era como tener la promesa de algo. Se despertaban sus esperanzas, deseos y fantasías. Cuando estas no se realizaban se sentía abandonada «lejos de todas partes», impulsada a tentativas frenéticas y desesperadas de procurarse algo por sí misma, a menudo hablando y «analizando» rápida y vigorosamente, dejándome a mí en la cuneta sin otro posible papel que interviniendo invasivamente con violencia.

Y así me di cuenta de que mis supuestos y puntos de vista sobre su historia temprana, la calidad de la relación con su madre y el impacto del nacimiento de su hermana más agraciada y fácil estaban muy presentes en mi mente. Sin embargo cuando le hablé a la paciente, me centré en la significación de la experiencia de habersele prometido algo que quería y necesitaba pero que se terminó esperando «lejos de todas partes». Fue difícil resistirme a hacerle la sugerencia obvia de que había sido abandonada por mí al tomarme una semana de vacaciones. Lo asocié con su experiencia de los espacios entre una sesión y la siguiente en los cuatro días después de su regreso. La señorita B. había llegado algo tarde a cada sesión y después había empezado diciendo que tenía tantas cosas que contar, que necesitaba ayuda en tantas áreas de su vida que no habría tiempo suficiente. Al final de la sesión cuando me había contado muchas de las dificultades, a veces con mucho detalle, yo pensaba que se sentía de golpe despedida, abandonada «lejos de cualquier parte» sin respuestas, sin soluciones y con el sentimiento de que yo la dejaba, aliviado, por cualquier otro.

Cuando abordé estos problemas, la señorita B. escuchó atentamente y parecía reconocer, agradecer y estar de acuerdo con mi descripción. Sin embargo, para mí incluso la referencia al espacio entre la sesión anterior y la actual la sentía un poco distante y banal: nada se movilizaba. De todos modos, al hablarle de estos problemas me di cuenta de que en cierto modo estaban vívidamente presentes en la sesión. Entonces pude expresarle mi pensar de que cuando ella había empezado la sesión me había transmitido la expectativa de que yo sería capaz de escuchar los problemas y las dificultades que traía con la comida, con sus padres, con el dinero, y también de responder a ello ofreciéndome, por así decir, a acompañarla. Sin embargo, al estar yo en silencio por unos minutos y viéndose ella en el trance de una verificación familiar de que yo no podía o no quería ofrecerle lo que deseaba y necesitaba en aquel momento, pensé que había tenido una experiencia intensa de ser abandonada lejos de todas partes. En lugar de satisfacer sus esperanzas y fantasías que ella pensaba que la hubieran «ayudado» y la hubieran sacado de un estado horroroso, era arrojada de

nuevo a contemplar la imagen que se hacía de sí misma de alguien ruinoso y antipático. Esto la llevó a hablar con cierta intensidad e insistencia, de tener que alimentarse a sí misma de un modo que resultaba insatisfactorio y la hacía sentirse enferma.

Después de formular esta parte de mi interpretación la señorita B., se distendió visiblemente. Pensé que había sido muy importante para ella que yo hubiese escuchado y entendido el significado de lo que me había dicho y el impacto demoledor de la experiencia que había tenido en el extranjero y, más de inmediato, la repetida experiencia de su analista como una figura negligente o sádica que la abandonaba en medio de la nada aunque en medio de la nada fuera en medio de la sesión. La señorita B. reconoció aliviada que se daba cuenta de aquello que yo había estado hablando. Después me dijo lo que había ocurrido con su madre el día anterior. Su madre le había propuesto llevársela de compras, sabiendo que la señorita B. no tenía dinero. Cuando estaban a punto de salir su madre tuvo una llamada telefónica y se dio cuenta de que tenía otro compromiso. Se fue precipitadamente sin apenas acordarse de la señorita B.

Su respuesta me pareció interesante y compleja. La señorita B. estaba ciertamente confirmando y reforzando la importancia de su experiencia de ser abandonada. El hecho de poderme decir ahora algo de aquel episodio parecía reflejar también el hecho de comprobar que había sido comprendida y se sentía más libre. De todos modos pensé que la señorita B. sentía también que me ofrecía algo que podía complacerme y gratificarme. Ahora yo estaba protegido del resentimiento, el odio y la paranoia que a veces tenía hacia mí como una figura que la defraudaba. Se me invitaba a formar parte de una pareja agradable y de ayuda mutua aliada contra la madre cruel y negligente. Y así esta experiencia de ser comprendida y ayudada a tolerar el sentimiento de haber sido abandonada, parecía evocar en ella intensos deseos de relacionarse con un padre seducido en el seno de una «comprensión» colusiva, acompañándola y a la vez excluyéndola y atacando a la madre cruel y negligente, tal como ella había dicho que ocurría en el mundo externo. Cuando también yo dejé de responder a sus expectativas, su experiencia de ser abandonada se recreaba una y otra vez en la situación analítica.

COMENTARIO

Tengo la impresión de que una parte del debate acerca del uso de la historia y el valor de la reconstrucción deriva del fallo en reconocer la distinción que Freud hizo entre el psicoanálisis como método de investigación y como método terapéutico. Es inconcebible que podamos sentir que hemos comprendido la psicología de un paciente sin tener algún conocimiento de su historia temprana. Pienso que nos agarramos todavía a la creencia, expresada en diferentes puntos de la obra de Freud, de que una interpretación explicativa dada al paciente, basada en nuestra manera de considerar su historia, será terapéutica. De hecho este puede ser el caso y supongo que todos los analistas utilizan en su trabajo tales construcciones y reconstrucciones.

Con ellas podemos dar al paciente una experiencia de ser comprendido y un sentido de continuidad. Con frecuencia resulta gratificante y reconfortante tanto para el paciente como para el analista comprobar que hay una tarea conjunta de exploración y descubrimiento en relación con el pasado.

De todos modos en su trabajo sobre La dinámica de la transferencia Freud escribe:

La lucha entre el doctor y el paciente, entre la vida intelectual y la pulsional, entre la comprensión y la tendencia a actuar se representa casi exclusivamente en el fenómeno de la transferencia. Es en este campo donde ha de ganarse la batalla. Pues cuando todo se ha dicho y consumado es imposible destruir a alguien en ausencia o en efigie (Freud, 1912a: 108).

En este pasaje, Freud no habla en primer lugar de desarrollar una mejor explicación de la psicología del paciente, antes bien de una batalla. Creo que esta batalla tiene que ver con el cambio psíquico y la resistencia al cambio psíquico. La teoría del cambio psíquico, implícito en este pasaje, es que solo puede lograrse cuando las fuerzas históricas y pulsionales se manifiestan y son abordadas en la transferencia.

La capacidad del analista de reconocer, comprender y dar sentido a los fenómenos que se manifiestan en la transferencia, depende esencialmente de las hipótesis de ensayo y de las formulaciones que se puedan tener en relación con la historia del paciente. No obstante, en mi opinión este proceso no promueve por sí mismo un cambio psíquico. Yo creo que el cambio psíquico se ve primordialmente facilitado por el trabajo detallado en la relación transferencial, en donde el analista trata de establecer vínculos significativos, por ejemplo entre las intervenciones, emociones y fantasías evocadas en el paciente y las respuestas subsiguientes verbales y no verbales. La capacidad del analista de reconocer, tolerar y elaborar alguna de las maneras en que los acontecimientos de la sesión, así como los del pasado, se dramatizan entre paciente y analista, confiere un sentido de continuidad y de significación. Esto a su vez puede ayudar al paciente a hacer vinculaciones significativas en primer lugar en el presente, dentro del encuadre analítico y la historia inmediata de la sesión; y después podrá relacionarlo con elementos del pasado con el fin de reconstruir para sí un mayor sentimiento de continuidad y de significación.

Para recapitular, me parece que a veces Freud escribe como si creyera que la tarea primordial era llenar los espacios, anular las distorsiones y finalmente llegar a la narración «verdadera» de la historia del paciente que el analista construye para el paciente o con el paciente. Hay algo importante en esta noción del paciente capaz de llegar a un mejor y más completo conocimiento y comprensión de su historia. Este conocimiento puede disminuir la presión inconsciente para repetir y recrear aspectos de la historia en el presente.

De todos modos, como ya he mencionado, Laplanche sugiere que el objetivo más profundo de Freud era una especie de

...historia del inconsciente o más bien de su génesis; una historia de discontinuidades en la que los momentos de sepultar y resurgir es lo más importante de todo; una historia... de represión en la que las corrientes subterráneas se describen con igual detalle sino con mayor detalle que los rasgos manifiestos de carácter (Laplanche, 1992: 435).

Los factores que llevan a la depresión pueden haber sido particularmente prominentes en cierto estadio del desarrollo y haber dado lugar a distorsiones duraderas del pensar, de la memoria o de particulares complejos sintomáticos. Sin embargo nuestra investigación nos ha llevado a asumir que la mayoría si no todos los elementos importantes se conservan vivos y activos en el mundo interno del paciente y se hacen manifiestos en la situación analítica actual. Así pues, es solo en un sentido trivial que estamos tratando con objetos, acontecimientos o problemas in absentia o in efigie. Al contrario, en el análisis estamos tratando precisamente con aquellas fuerzas internas del paciente que han conducido a las «represiones», las construcciones o las distorsiones del recuerdo a las que Freud prestaba tanta atención.

Si ahora podemos reconocer, comprender y abordar aquellos procesos tal como se manifiestan en la transferencia, la manera que tienen los impulsos, ansiedades y necesidades del paciente de construir y cambiar sus experiencias dentro de la sesión, podemos comprometer al yo del paciente a reconocer y comprender. La esperanza es que esto a su vez nos llevará a la disminución de la fuerza de la represión, de las proyecciones y distorsiones que contribuyen a la experiencia de lo que ocurre en la sesión, lo que ha ocurrido antes o en la sesión previa y, a su vez, en la historia más lejana del paciente.

La disminución de esta fuerza capacita al paciente para hacer conexiones que antes no podía tolerar, y las hace al principio en relación al presente -quizá las más importantes-, así como en relación al pasado. Esto puede permitir al paciente adquirir un mayor sentido de la presencia de una historia orgánica con significados y conexiones. Sugiero que este proceso se lleva a cabo a través del proceso analítico que modifica las fuerzas internas que han interferido y continúan interfiriendo en la propia capacidad del paciente de hacer conexiones, de descubrir y tolerar el significado de lo que emerge.

RECONOCIMIENTO

Una versión anterior de este capítulo fue publicada bajo el título «La iluminación de la historia», *International journal of Psychoanalysis* (2007), 88 (3), 609-625.

CAPÍTULO 6

Manifestaciones de la pulsión de muerte en el consultorio

En 1930, Freud escribió:

Basándome en las especulaciones sobre el comienzo de la vida y haciendo un paralelismo con los aspectos biológicos, he sacado la conclusión de que al margen de la pulsión para conservar la sustancia viva y reunirla en unidades cada vez más amplias, debe existir otra pulsión antagónica que busca disolver aquellas unidades y llevarlas de nuevo a su estado primitivo inorgánico. Es decir que al lado de Eros hay una pulsión de muerte. El fenómeno de la vida podría explicarse a partir de la acción de estas dos pulsiones concurrentes o mutuamente opuestas. De todos modos, no fue fácil demostrar las actividades de esta supuesta pulsión de muerte. Las manifestaciones de Eros eran francas y bastante ruidosas. Podría asumirse que la pulsión de muerte operaba en silencio en el interior del organismo hasta su disolución pero esto, naturalmente, no era una prueba. Una idea más fructífera fue que una parte de la pulsión es desviada hacia el mundo externo y sale a la luz como una pulsión de agresividad y destructividad. De esta manera la pulsión misma podría ser impulsada al servicio de Eros de modo que el organismo destruiría algo, sea animado o inanimado, en lugar de destruir su propio self (Freud 1930: 118-119).

En su comentario sobre el conflicto entre las pulsiones de vida y muerte, Segal (1997), siguiendo de cerca el modelo de Freud de que el individuo puede responder a sus necesidades de dos maneras:

Una, buscando satisfacción a sus necesidades, es promotora de vida y conduce a la búsqueda del objeto, amor y de hecho al interés por el objeto. La otra es la pulsión a aniquilar, la necesidad de aniquilar el self que percibe y experimenta, así como cualquier cosa percibida (Segal, 1997: 18).

Freud imaginó una pulsión primaria que permanece muda y escondida y que encamina silenciosamente al individuo hacia la muerte. La gratificación de este impulso pulsional básico sería la aniquilación del self. De todos modos, los fenómenos clínicos con que tropezó le forzaron a postular que el impulso siempre estaba parcialmente «fusionado» con la pulsión de vida, resultando en lo que Segal ha descrito como una variante de «compromisos», con la libidinización y sexualización acompañantes que encontramos en la clínica. Ella sugiere que cuando aquellas «fusiones» o «compromisos» fallan, la pulsión de muerte triunfa y el deseo pulsional se satisface con la destrucción efectiva del self (Segal, 1997).

No es difícil apreciar la fuerza de un modelo teórico de la psique humana sujeta en permanencia a la lucha entre las pulsiones básicas de vida y muerte. Ateniéndonos

a este modelo siempre podemos encontrar evidencia de una fuerza en el interior del paciente que le protege contra la plena expresión de la pulsión de muerte, esto es la aniquilación física y psíquica. De todos modos creo que Freud continuó esforzándose para desarrollar un modelo psicológico satisfactorio de la pulsión de muerte. A causa de las dificultades inherentes al concepto ha suscitado controversias y se mantiene el debate acerca de su estatus filosófico y su utilidad clínica.

En este capítulo deseo utilizar los fenómenos clínicos que encontramos en nuestros pacientes para reconsiderar la naturaleza y los objetivos de la pulsión que Freud consideró necesario postular y que llamó pulsión de muerte; pero como reconoce en la citación anterior, «no fue fácil... demostrar las actividades de esta supuesta pulsión de muerte» (1930: 119). Creo que nuestra investigación clínica señala la importancia fundamental de una pulsión destructiva. De todos modos me parece que la satisfacción de esta pulsión psicológica no radica en la aniquilación del self que percibe y experimenta ni en una aniquilación o muerte literal. Al contrario aquello que con frecuencia, en la clínica resulta más convincente es el grado con que ciertos pacientes más que buscar la aniquilación de sus self perceptivos, atacan y distorsionan su capacidad de percepción y juicio, incorporando sus percepciones distorsionadas en sus modos de estructurar la experiencia que satisface profundos impulsos destructivos. Una precondition para la satisfacción de este impulso, es la supervivencia tanto del paciente como de su objeto, una supervivencia empero disminuida y debilitada. La finalidad parece ser una severa pero no total eliminación de todo aquello que pueda despertar admiración, dependencia, rivalidad y en particular envidia. Y todo eso en diferentes variantes que espero describir.

En realidad, cuando en 1937 Freud retornó a su teoría de la pulsión de muerte para ampliar su comprensión de las resistencias al tratamiento analítico profundamente arraigadas, escribió:

De las resistencias que encontramos en el curso del trabajo analítico, ninguna nos impresiona tanto como la que se acredita como una fuerza que se defiende por todos los medios posibles contra la recuperación y que está totalmente decidida a aferrarse a la enfermedad y al sufrimiento (Freud, 1937a: 242).

Rosenfeld sugiere que si bien un deseo de morir o de replegarse en un estado de inanidad se parece a la descripción que Freud hace de la pulsión de muerte defusionada:

En el examen clínico detallado encontramos que la pulsión de muerte no puede ser observada en su forma original, pues siempre se manifiesta como un proceso destructivo dirigido contra los objetos y el self. Estos procesos operan al parecer, en su forma más virulenta, en condiciones narcisistas graves (Rosenfeld, 1971a: 169).

Creo que estas son manifestaciones que tienen el mismo valor que lo que Freud

refería en su trabajo de 1937, cuando describía la aparente determinación del paciente, no de morir sino de aferrarse a la enfermedad y al sufrimiento.

Lo que, por tanto, quiero comentar es el valor del concepto original de pulsión de muerte, cuya finalidad es la total destrucción del self. Ciertamente se han citado ejemplos de situaciones extremas en que algo, realmente, parece impelido hacia la muerte. De la naturaleza de estas situaciones particulares se desprende que son difíciles de estudiar y nuestro conocimiento de ellas es inevitablemente incompleto. La cuestión que estoy planteando es si sobre la base de los fenómenos clínicos que ha sido posible investigar en profundidad, lo que encontramos clínicamente no serían derivativos o formaciones de compromiso «fusionadas» o «ligadas» con las pulsiones de vida sino la expresión directa de un impulso destructivo primario dirigido al self y a los demás. En mi opinión es impresionante que al examinar sus manifestaciones, encontremos que este impulso, en realidad no parece dirigirse hacia la muerte, aunque las amenazas de muerte o aniquilación y una fascinación por la destrucción omnipotente puedan contribuir a su poderío y a la sujeción adictiva del individuo así como a su impacto destructivo sobre cualquier labor analítica. A menudo nos damos cuenta de la gratificación consciente que el paciente obtiene al atacar y distorsionar la significación y el valor tanto del pensamiento y el trabajo del analista como de sus propias capacidades para pensar y crear, si bien la gratificación es con frecuencia inconsciente. Klein desarrolló un modelo explicatorio, vigoroso para aclarar estos fenómenos que se consideraban promovidos habitualmente por un proceso envidioso, mortífero cuya finalidad es estropear y desvalorizarlo todo, igualándolo todo y, por tanto, haciéndolo inútil. Desde luego, en cierto sentido estas actividades son criminosas y suicidas pero yo sugiero que el objetivo primario no es el de destruir totalmente la vida sino disiparla. Espero comentar estos puntos a continuación en relación con las ilustraciones clínicas que presento.

Segal (1997) describe una paciente, la Sra. A., que poco antes de una interrupción se quejaba de su propia pasividad y aportó material a una sesión que era fragmentado y persecutorio. Cuando Segal relacionó el estado mental de la paciente a la cercana interrupción, la paciente expresó de inmediato su odio violento de las últimas sesiones y su deseo de apretar un botón para que la última sesión desapareciera. Segal lo conectó con un material anterior cuando la paciente habló de sus temores de guerra nuclear y su preocupación por el dedo que pudiera apretar el botón. Segal interpretó que la reacción de la paciente a la inminente separación era un deseo de aniquilarlo todo. La paciente, relajada, lo reconoció y esto cambió la atmósfera de la sesión. Dijo que no le importaba la guerra nuclear, en realidad podría incluso desearla si ella y su hijo murieran inmediatamente. No podía tolerar la idea de sobrevivir en un mundo de posguerra nuclear con una lluvia radioactiva perpetua y total.

Aunque la paciente conjuga fantasías y deseos de una aniquilación total, creo que el analista se encuentra en una situación en la que la paciente está ya inmersa en la vivencia de su destructividad violenta. Esta no se expresaba por una única explosión devastadora sino por ataques múltiples y dispersos contra su propia mente y su propio cuerpo, y contra el trabajo del analista, en pequeñas descargas de lluvia radioactiva.

La paciente se siente movida a proseguir estos ataques que no destruyen totalmente su capacidad de percepción y de experiencia. Estos ataques no son solamente de carácter defensivo sino que parecen satisfacer una poderosa necesidad que se expresa en fantasías de supervivencia psíquica del individuo.

La paciente proclama que su pesadilla es sobrevivir con su mente intacta en un mundo de devastación indefinida. La destrucción total de sí misma y de su hijo sería en cambio un alivio, curándose del todo de su ansiedad y del dolor de vivir y de «su» darse cuenta de las separaciones. Sin embargo, de la descripción que Segal hace de la paciente parece que ella se encuentra ya viviendo en un mundo atormentador y fragmentado, lleno de devastación y persecución. Sospecho que esta es no solo una experiencia que la paciente sufre de un manera desvalida y pasiva que trata de eliminar. Al contrario, supongo que la Sra. A. obtiene un buen quantum de satisfacción manifiesta o encubierta de la fantasía de poseer este poder tan omnipotente y destructivo, tratando de esta manera de evitar los problemas de dependencia y de pérdida haciendo inútiles el trabajo del analista y su significación. En realidad, a menudo es posible reconocer el papel activo que juega el dedo de la paciente conservando un mundo así, la tremenda satisfacción que obtiene habitándolo y arrastrando en él al analista. De todos modos, en la sesión que Segal describe parece que la libertad del analista y su capacidad de comprender e interpretar el impacto de la separación inminente y la destructividad que provocó, pudo ser capaz de modificar la situación. Proporcionó alivio a la Sra. A. y le permitió hablar de sus deseos y temores en lugar de enactar sus fantasías destructivas.

La compulsión y la gratificación implícita eran vívidamente ilustradas en un ejemplo de otro paciente que Segal describe. Soñó que estaba en una cueva profunda, oscura y húmeda, en extremo taciturno y oprimido. En el sueño se preguntaba, ¿por qué quiero estar aquí? Segal se refiere al «placer sádico de triunfo sobre el analista derrotado pero también al placer masoquista de triunfo sobre aquella parte de sí mismo con deseos de vivir y crecer» (Segal, 1997: 23).

En el tercer ejemplo clínico de este trabajo tan sugerente que incita a pensar, Segal describe el sueño de un paciente en que:

Había un área en que todas las cosas y todo el mundo estaba inmovilizado y casi muerto. En torno a esa área, a intervalos regulares había armas nucleares encaradas al exterior. Si alguien se aproximaba al área, las armas se disparaban automáticamente. Entre las personas a medio morir dentro de esta área, estaban sus padres (Segal, 1977: 23).

Pienso que este sueño describe el control poderoso y tiránico que el paciente ejerce y que contribuye probablemente al terrible estado de sus objetos. Aunque existe ciertamente una amenaza de aniquilación, es importante que sus objetos (incluyendo el analista) se mantengan apenas vivos. Segal vincula esto con la descripción que hace Joseph (1982) de la adicción a la premuerte en cuyo estado solo se permite que la vida continúe con tal de que nada sea realmente vital y en función.

«El sueño tiene el significado de una advertencia al analista que si se aproxima a esta zona, lo que perturbaría el equilibrio mortecino, se movilizará la destructividad defusionada» (Segal, 1997, 23). El paciente trata pues de substituir el mundo del analista -de pensamiento, creatividad, significación y cambio-, por otro mundo dominado por la parálisis y el terror.

Rosenfeld capta vivamente la gratificación implícita en esta fantasía. En un sueño, un paciente narcisista describe a un niño pequeño que está agonizando a causa de una especie de veneno y agravado por el sol de un mediodía cálido que empezaba a relucir sobre su cuerpo. El paciente no hacía nada para apartar o proteger al niño. Solo se sentía crítico y superior al doctor que trataba al niño puesto que era el médico que tenía que haber visto que el niño tenía que «ser puesto a la sombra» (Rosenfeld 1971a: 174). Rosenfeld interpretó que el paciente mantenía su self libidinal dependiente en un estado agonizante, impidiendo que recibiera ayuda y nutrición de su analista.

Incluso cuando se daba perfecta cuenta de la gravedad de su estado mental, experimentado como agonizante, no levantaba el dedo para ayudarlo o para ayudar al analista a que hiciera algo para salvarle, porque estaba utilizando este ataque a su self infantil dependiente para triunfar sobre el analista y hacerle sentir fracasado. El sueño ilustra claramente que el estado narcisista destructivo se mantiene en el poder manteniendo el self libidinal infantil en una condición de muerte o de agonía (Rosenfeld, 1971a: 174).

Rosenfeld se refiere a un «estado de muerte o agonía continuadas» pero yo pienso que la distinción es importante. En los ejemplos clínicos que he citado es significativo que los objetos no estén muertos sino envenenados, debilitados, inmovilizados y uno sospecha que agonizando para siempre.

A menudo parece estar presente en la mente del paciente la fantasía de algún acontecimiento violento cataclísmico. Este puede estar localizado en algún punto indefinido del pasado o puede ser algo por lo que el paciente y el analista se sienten amenazados, en el presente o en el futuro. Este hecho puede asociarse con varios grados de desvalimiento, terror, excitación y triunfo. Es significativo que en dos de los sueños citados por Segal, es el paciente quien tiene el poder (y el deseo) de desencadenar el ataque devastador. Naturalmente, es el reconocimiento del impulso al ataque aniquilador lo que nos lleva a invocar el concepto de la pulsión de muerte. De todos modos lo que encontramos clínicamente sugiere que la fuerza devastadora y gratificante que hace escoger la guerra nuclear como metáfora, con frecuencia está ya presente pero fragmentada y dispersa en pequeñas operaciones destructivas. Lo que la paciente de Segal, la Sra. A. describía como un «lluvia reactiva perpetua y total». Esta invasión no es para aniquilar o incluso matar sino para atacar el significado, la claridad, el movimiento, la exploración y cualquier forma de intercambio creativo como una expresión del odio hacia la vida y la vitalidad.

No siempre es fácil seguir con precisión la manera de operar de esta fuerza

destruktiva que es a menudo sutil y silenciosa. No obstante Segal cita un ejemplo en su trabajo de 1977 que me parece que ilustra los procesos que expresan esta destructividad. El paciente soñó que estaba rompiendo muy furioso los eslabones de una cadena y había hablado también de un «tren de pensamientos». Al decir esto la paciente había tenido un pensamiento de enojo que no había verbalizado.

«No es un tren, es una cadena.» Estaba furioso al salir de la sesión. Decía que no quería estar encadenado por sus pensamientos. Quería romper la cadena y librarse de ella. Sentía su propio tren de pensamientos conectados como una prisión y una persecución porque interfería en la creencia en su omnipotencia (Segal, 1978: 220).

Además del importante señalamiento que hace Segal me parece que ejemplifica cómo el paciente era capaz de entrometerse omnipotente y transformar la interpretación diciéndose: «No es un tren, es una cadena.» No se siente liberado por la diferente perspectiva que se le ofrece pero enacta su poder destructivo y gratificante para apoderarse de la interpretación, cambiando discretamente una palabra, destruyendo el significado y quedando enojado y ofendido.

Joseph (1982) señala el caso de ciertos pacientes que aportan material para ser analizado y comprendido pero en realidad lo hacen para utilizarlo inconscientemente para sus propósitos. Sugiere que estos pacientes no desean «comprensión» aunque las palabras se presentan como si así fuere. El paciente puede expresar su destructividad con el uso de la identificación proyectiva como medio de llevar silenciosamente y con fuerza al analista a sentirse completamente anonadado y sin esperanza.

Pienso que tenemos aquí un tipo de identificación proyectiva en que el desespero se ha cargado con tanta efectividad sobre el analista, que este parece sucumbir con esta carga sin encontrar salida alguna. En esta situación el paciente internaliza de esta forma al analista y se ve atrapado en esta situación interna oprimida y opresora que lleva a la parálisis y a una profunda gratificación (Joseph, 1982: 452).

Y continúa diciendo que «a este tipo de paciente le resulta muy difícil ver y reconocer el terrible placer que de esta manera obtiene». Además:

Técnicamente es muy importante aclarar si el paciente nos está hablando de un real desespero, depresión y temor o persecución, deseando comprensión y ayuda; o si lo está comunicando de tal modo para crear sobre todo una situación masoquista en la que puede quedar atrapado. Si no se hace claramente esta distinción al discurrir mismo del análisis, momento a momento, no se pueden analizar adecuadamente las ansiedades profundas subyacentes a causa de todo este recubrimiento masoquista y el uso que del mismo se hace (Joseph, 1982: 452-453).

Creo que el paciente que quiero describir ejemplifica muchos de estos procesos. A menudo parece atrapado en un círculo vicioso entre la frustración y la desilusión

actual por un lado y la gratificación y el placer sádico que obtuvo utilizando experiencias de sufrimiento y desespero para arruinar y atormentar a sus objetos y a sí mismo.

ILUSTRACIÓN CLÍNICA

El paciente, el Sr. B., es un hombre inteligente, talentoso y creativo. En su infancia su padre se ausentaba con frecuencia por largos períodos, y él quedaba solo con su madre, a la que veía solitaria y llena de amargo resentimiento. El padre del Sr. B. murió de cáncer hace diez años. El se sintió cargado con la responsabilidad de cuidar a su madre infeliz y exigente.

En el curso de sus estudios el paciente llegó a confiar mucho en su tutor, un hombre brillante y carismático que había ayudado mucho al Sr. B. en su carrera y había funcionado como un mentor inteligente. Sin embargo, por razones familiares el Dr. H. había tenido que regresar, casi de improviso a su Italia natal antes que el Sr. B. hubiese completado su tesis y encontró esta circunstancia penosa y difícil. La experiencia le hizo revivir muchas de sus reacciones ante las ausencias de su padre en el pasado. Unos años después el Sr. B. llegó al análisis deprimido, virtualmente incapaz de trabajar y convencido de que sufría de cáncer con síntomas análogos a los de su padre. En poco tiempo estos síntomas desaparecieron y se volvió más vigoroso y creativo en su trabajo.

Seguía encontrando difícil el estado de su madre y sus exigencias y se disgustaba y exasperaba con sus quejas. En cierta ocasión ella le provocó una explosión airada y poco tiempo después de este episodio su madre tuvo que ingresar en el hospital a causa de un ictus. Este hecho pareció confirmar la creencia del paciente en las terribles consecuencias que resultaban de la expresión de su rabia. Y se atormentaba con sentimientos de persecución y de culpa. Se animó mucho cuando su madre sobrevivió a aquel ataque y pudo restablecer un contacto más cálido entre los dos, antes que ella muriera unos dos años más tarde.

La primera sesión que voy a relatar tuvo lugar un miércoles por la mañana después de la interrupción por un fin de semana prolongado. El paciente llegó a la sesión y empezó meditando en una voz monótona, desalentada si podía permitirse, y hasta cuándo, el dispendio de tiempo y dinero que destinaba para el análisis. Si no fuese por el análisis, dijo, podría haber continuado su trabajo aceptando un cargo bien remunerado en el extranjero.

Y continuó diciendo:

Viniendo para acá he pensado en los tres sueños que he tenido esta noche. Como Ud. sabe me gusta traer sueños, en parte por que es algo de que hablar, como contar historietas. Pero otra razón de mi gusto por recordar los sueños, es porque pienso que alguna verdad puede escapar de mí, algo que trato de controlar o esconder aún a mí mismo. Los sueños son una manera de

descubrir algo que de otro modo quedaría oculto, o por lo menos yo intentaría ocultarlo consciente o inconscientemente.

El Sr. B. hablaba de manera desenvuelta, en tono de superioridad y más bien como «conocedor» de la materia. Expresaba haber encontrado el análisis pesado e inútil. Si en apariencia deseaba ser cooperador, ya estaba describiendo sus sueños como «historietas» o como una manera de demostrar su perspicacia analítica y sus bases para un discurso psicoanalítico.

El Sr. B. acabó por decir que sus sueños eran una extraña trilogía y luego comentó el orden por el que se habían producido.

En uno de ellos yo estaba con un grupo de animales, sentado con ellos en el mismo sofá; todos ellos tenían unas rayas blancas y negras como los mapaches, pero no eran mapaches. Los otros eran como insectos muy grandes como tarántulas. En la vida real no soporto las arañas, les tengo una fobia. En el sueño estaban junto a mí y alguna de ellas era probablemente venenosa. Acaricié algunos de los animales. No estaba seguro de si era peligroso o no.

He intentado pensar lo que el sueño significa; lo asocio con las numerosas veces que usted me ha dicho que yo tengo tendencia a pintar las cosas de blanco o negro. Supongo que las últimas cosas que ocurrieron en la sesión del viernes tienen que ver con eso. Le hablaba de lo que estoy justo empezando a hacer, pero era algo más complejo y era a la vez verdad y no verdad (continuó hablando de forma complicada, que yo encontré confusa y no pude comprender).

El sueño siguiente era sobre mi madre. Había estado enferma. Mi padre estaba ausente por un rato y ella me hablaba de sus ausencias. Decía que siempre se marchaba, me siento más débil y pronto cuando se vaya de nuevo ya no seré capaz de luchar con la enfermedad; sea lo que sea estaré demasiado débil.

Cuando yo era joven mi padre solía marcharse para largos viajes y yo acostumbraba a echarle mucho de menos. Naturalmente, mi madre le habrá echado de menos más que yo. Es curioso, mantengo largas conversaciones con ella en mi cabeza de camino para acá y le explicaba algo, algo sobre mi padre pero no puedo acordarme de qué era precisamente. Ella era una mezcla extraña, muy inteligente y muy ingenua a la vez.

El último sueño también era sobre la ausencia. El Dr. H. había regresado a Italia porque tenía que cuidar a su mujer que estaba enferma. Organizó las cosas para que yo supervisara con alguien, un hombre joven. Entonces todo cambió, como si estuviera haciendo el análisis pero no estaba tendido en el diván, estábamos cara a cara en un lugar que parecía un restaurante. Había

un área muy grande con mucha gente y no pude oír lo que él estaba diciendo. Al cabo de un rato pensé, «esto no va a funcionar, es imposible, no sé por qué hago el tratamiento con esta persona».

Después de un silencio el Sr. B. dijo que durante los dos días precedentes había estado esperando una respuesta a su oferta de un nuevo proyecto. La organización a la que se había dirigido seguía retrasándose en la respuesta y él sintió que no acabaría nunca de esperar. Pensó que podría continuar con su otro trabajo. Su portátil no funcionaba pero un amigo le procuró un ordenador de segunda mano. Después la impresora nueva empezó a crearle problemas. El paciente dijo con voz muy lastimosa, «realmente no sé hasta cuándo podré seguir de esta manera».

Al principio el paciente hablaba en tono desalentado y negativo, que sentía que estaba socavando cualquier esperanza que uno u otro de los dos pudiéramos albergar. Expresó su resentimiento por la exigencia que el análisis le imponía, impidiéndole proseguir su carrera con un atractivo proyecto en el extranjero. Estuvo más animado al proponerse describir sus sueños porque le gustaba contar «historietas» y también porque le daba una oportunidad de organizarse y explicarse.

Le comenté que se había referido a su padre cuando se ausentaba y en su sueño el Dr. H. se ausenta dejándole con alguien que era incapaz de ayudarle. Sin embargo no había referido directamente el hecho de que habíamos tenido un excepcional fin de semana prolongado. Pienso que al sentirse amenazado cuando se dio cuenta de la espera o de algo que no llegaba, se sintió movido a asumir las funciones de alguien que comprendió y solventó la situación; y entonces se encuentra aquí explicándome las cosas a mí como había hecho con su madre ingenua. Sin embargo, cuando esto no tiene demasiado éxito, no solo llega a sentirse frustrado y deprimido, como me ha dado a entender, sino que se evoca en él algo emponzoñado y odioso. Lo que había comunicado en el sueño acerca de su madre era hasta qué punto se sentía invadido por su desánimo y desespero de una forma que sentía detestable y venenosa. Pienso que yo, análogamente, estaba colocado en una posición sin recursos teniendo que contemplar la situación desesperada y desmoralizadora en la que él se había encontrado. Pienso que el darse cuenta de que se sentía movido a acariciar a aquellas criaturas peligrosas de su sueño, reflejaba la atracción seductora que esta interacción tenía para él.

El paciente respondió inicialmente a mi interpretación diciendo en tono cortés que reconocía en él una fuerte tendencia, ante la contrariedad, a lanzar piedras sobre su propio tejado. Entonces contó que hacía poco tiempo que había emprendido un trabajo difícil para una organización benéfica. Sabía que no tenían mucho dinero pero esperaba unos honorarios modestos. Cuando se planteó la cuestión hubo un tremendo revuelo y el jefe de la organización le dijo que no podían pagarle ni un céntimo. El Sr. B. reaccionó con verdadera rabia. Sentía que le hacían pagar por un malentendido dentro de la organización. «Quería hacer algo realmente destructivo tanto a ellos como a mí. Supongo que esta vez me di cuenta de lo que me pasaba, a diferencia de otras situaciones del pasado. Pensé que disfruto demasiado de esta clase de

resentimiento.»

Pienso que es importante que existieran estos momentos, como el reseñado, en que el paciente puede reconocer el trabajo que se ha ido haciendo en el análisis y que pudiera decirme que podía reconocer el placer sádico que se concedía.

Interpreté que cuando se sentía abandonado, marginado, se implicaba en algo que podía ver más complicado que echar piedras a su propio tejado. Había hablado de las maneras de entretener sus fantasías de venganza, de represalias, con frecuencia muy sádicas y agradables que algunas veces ponía en práctica. Cuando no se sentía debidamente reconocido o remunerado o le hacían esperar, se daba cuenta de que esto le llevaba a una posición familiar en la que había una mezcla de sufrimiento, placer y crueldad. Se perturbaba al darse cuenta de hasta qué punto este proceso le atenazaba y del mucho placer que sacaba del mismo.

La larga interrupción del fin de semana le recordó experiencias pasadas de ser desatendido y desveló al mismo tiempo esta negatividad deleitable y mortífera a la cual se refería en su sueño y que yo creo que se había manifestado en su manera de empezar la sesión, rumiando de un modo que fraguó una atmósfera de culpa, resentimiento y desesperanza.

Si su talante desafectado, más bien intelectual de narrar y comentar sus sueños parecía invitarme a admirar su calidad de histrieta, con los vínculos que hacía con el pasado y con el análisis, no traslucía el sentimiento de que algo útil podría desprenderse de nuestro intercambio. Al contrario, sospecho que él anticipaba que yo respondería con un sentimiento de impotencia y frustración y enzarado con él de un modo que probablemente animaría el refunfuñar (Joseph, 1982) resentido y amargo en el que estaba ya inmerso cuando llegó con retraso después de la interrupción.

Creo que acababa identificándose con su madre cuando se retrataba en su sueño, reaccionando a la ausencia y a la pérdida, sin reconocerla, sin pensar en ella, sin experimentar ansiedad, dolor o enfado, sino hundiéndose en una flaqueza y enfermedad progresiva y acusadora. Con frecuencia me veo expuesto al impacto descorazonador de esta situación. El Sr. B. solo parecía encontrar un respiro volviéndose hacia estas criaturas venenosas, blancas y negras de su mente, acariciándolas sensualmente, lo que se expresaba en la sesión cultivando y acariciando su agravio y desespero o, como hacía en otros momentos, inclinándose por fantasías sexuales de crueldad y violencia.

Si bien su reacción inicial a mi interpretación de este proceso sonaba superficial y conciliadora, pudo reconocer que su frustración y el sentimiento de ser mal tratado dio pie por un momento a la rabia y después a ataques violentos y destructivos de sus objetos y de sí mismo. Reconoció el placer implícito en estas fantasías destructivas y en su manera de reiterarlas en su mente una y otra vez, hasta inquietarse por ello. A estas alturas de la sesión era evidente que se sentía menos atrapado en la rumiación gratificante y destructiva; y pudo admitir por un momento y sentirse preocupado al

reconocer el proceso que tan a menudo le apesaba. Al salir de la rumiación, al ser capaz de representarse el proceso en palabras y en los sueños, por contraste es capaz de expresar un aspecto más constructivo y cooperador de su personalidad que está interesado en comunicarme de un modo que le resulta más fácil para él recibir ayuda.

Muchos de estos problemas se plantearon más claramente en la sesión siguiente. Yo me retrasé un poco, de modo que empezamos dos minutos tarde, lo que era inhabitual. Me sometió a un intenso y hostil escrutinio.

Después de un silencio de tres o cuatro minutos, me dijo:

Tengo algunos pensamientos inconexos pero nada de lo que iba pensando retenía mi atención. Hay una cosa que ayer no mencioné. Supongo que es un estadio de la pena. Es clásico que se inculpe siempre al doctor o al hospital cuando se muere alguien. Luego, llega un momento en que se reconsidera. Durante el fin de semana me di cuenta de que después que mi madre hubiera tenido el primer ataque, de hecho estaba acabada. Estaba tan debilitada que apenas podía sobrevivir. De haber superado un segundo ataque su calidad de vida habría sido nula. Estuve muy pero que muy enfadado con el hospital porque se negaron a ponerla en diálisis renal, o cualquier otra cosa, pero pienso que probablemente tenían razón.

Suspiró. «Era demasiado tarde.»

Aunque pudiera parecer que el Sr. B. estaba describiendo su aceptación de la realidad penosa, su manera de hablar transmitía una desesperación terrible y gratificante a la vez en la que se sumergía. Y esto acotumbraba a evocar en el analista, lejos de una respuesta de simpatía y cuidado, una reacción de impotencia y desespero. El Sr. B. continuó:

Pero lo que se me ocurrió fue una imagen de ella cuando acostumbraba a exaltarse mucho. No ocurría a menudo pero recuerdo algunas ocasiones, cuando había algún problema entre ella y mi padre, en que estaba realmente muy perturbada y podía gritar de un modo que yo sentía muy angustiante.

Después, el paciente me habló de una reunión que había tenido con su contable el día anterior. Algunas de sus dificultades crematísticas del momento eran el resultado del fallo del Sr. B. en resolver a su debido tiempo un asunto profesional. En el curso de la reunión el Sr. B. dijo que se sorprendió al descubrir que el ayudante del contable no le había pasado ciertos documentos que le hubieran facilitado la solución del problema. El contable, que conocía de muchos años, no le había hablado al Sr. B. de la incompetencia de su ayudante. Ahora lo había despedido pero estaba obviamente preocupado de que el paciente le demandara por daños y perjuicios.

En la conducta del paciente y en su material, había indicios de su capacidad de franca hostilidad y de protesta vigorosa. Se refirió a su airada reacción y protesta

frente a la actitud resignada ante la enfermedad terminal de su madre. En el curso de esta sesión recordó una versión de su madre, expresando una fuerte cólera hacia su padre. Sin embargo estas reacciones más directas y estas maneras más tónicas de requerir sus objetos parecían sucumbir ante un proceso más violento. En este momento no era evidente que el pequeño re traso del comienzo de la sesión hubiese causado al Sr. B. malestar o particular ansiedad, pero en cambio aumentó su enfado y resentimiento que no pudo reconocerse ni expresarse directamente excepto en su mirada inicial hostil. Como en su respuesta inicial al largo fin de semana de la sesión previa, habló en cambio de una manera inconexa, resignado a la pérdida de esperanza en la situación de su madre y en la suya propia. Esto no era una crítica ni un ataque enojado directo, sino una manera de crear una atmósfera que aprisionaba y atormentaba, y durante un tiempo parecía que ninguno de los dos podía hacer nada para salir de la situación creada.

En lugar de poder reconocer las reacciones perturbadoras y violentas en potencia que se producían en él cuando se sentía mal tratado por los médicos, el contable o yo, alimentaba silenciosamente su agravio y su resentimiento, manteniendo la amenaza de algún tipo de «litigio» contra mí que parecía intentar tiranizarme y debilitarme. Si es cierto que esta actitud parecía incluir un cariz gratificante, compulsivo y mortal, pienso que el aspecto más sano del paciente se traslucía en el miedo de que a semejanza de los médicos que estuvieron tratando a su madre, yo también claudicaría ante su destructividad silenciosa. Aun así, esta protesta momentánea ante tal posibilidad quedó anulada una vez más gracias a la satisfacción ligada a la desesperanza y a la resignación.

En mi interpretación me referí a su silencio inicial y a la forma inconexa con que había empezado a hablar. Le dije que se había dado buena cuenta de que habíamos empezado unos minutos tarde. Había indicado que, al igual que su madre, podía estar inquieto y molesto pero que lo que se expresaba en la sesión era una especie de resignación desalentada que ninguno de los dos podía remediar. Creía que esta situación se perpetuaba con su resentimiento callado y sus pensamientos acerca de una represalia destructiva que le proporcionaba un sentimiento de gratificación y de poderío.

Respondió diciendo:

Bien, no estaba seguro de si usted había llegado tarde o no, ni hasta qué punto. Porque el reloj estaba... Precisamente lo había puesto a la hora porque la fecha en mi reloj no cambia automáticamente, treinta y un días, y me preguntaba si al cambiar... se desplazó un poco. Pienso que usted podía haber llegado un minuto tarde, pero según mi reloj eran tres minutos, pero no estoy seguro. Desde luego podemos partir la diferencia. Iba a decírselo, pero pensaba, bien ¿cuál es el problema? No es exactamente resignación, ¿qué utilidad tiene? Ya ha ocurrido antes. Creo que solo me ha hecho esperar dos o tres minutos pero... la última vez cuando lo mencione, usted me dijo que era muy exigente y que controlo cada segundo... Y en parte es verdad...

La cuestión es que en realidad yo no estaba enfurecido con el contable; es bastante curioso, intenté enfadarme pero sonaba falso. Antes pensaba que el problema dependía solo de mí y ahora siento que me despreocupé. Ahora le resultará muy difícil pasarme la factura porque el error es suyo. Hay de por medio mucho dinero, todo el trabajo y el tiempo empleado y yo no pienso pagarle. No voy a pagarle. No es mi responsabilidad y por tanto me siento liberado.

Sentí esta parte de la sesión difícil y frustrante. El Sr. B. afirmaba que no estaba seguro del momento en que habíamos empezado la sesión. Su propuesta de «partir la diferencia» también se expresaba en su manera ambigua y parcial de relacionarse con mis interpretaciones. Lo aparente en su forma de hablar sobre el contable era que cuando el error dependía del otro, él expresaba sus críticas directamente, pero utilizaba sus observaciones y su experiencia subjetiva de una manera más encubierta. Ahora sentía que tenía algo que esgrimir para dominar a su objeto, controlarlo e intimidarlo en un tono de superioridad, amenazándole calladamente. No tenía responsabilidad, no tenía que pagar, estaba liberado. Su poder dependía en parte del sentimiento de culpa y responsabilidad del otro. A veces el Sr. B. era capaz de reconocer la satisfacción que tenía de controlar a sus objetos, martirizándolos atenazados de forma que los tiranizaba y socavaba internamente y hasta cierto punto externamente. Este ataque consciente e inconsciente a sus objetos da por resultado que aparezcan a menudo debilitados, vulnerables y postrados en cama.

Creo que al Sr. B. le fue difícil soportar la culpa inherente a esta situación, de la cual se defendía en parte identificándose con estas figuras atacadas y debilitadas. El grado de su identificación introyectiva con estos objetos contribuía en buena parte a la dificultad que el Sr. B. encontraba para hacer un uso adecuado de sus capacidades.

Le dije que pensaba que había encontrado algún alivio y satisfacción al poder argüir que yo era el que no estaba en lo justo y que no me atrevería a presentarle la cuenta. Cuando él seguía con sus observaciones y reacciones ambiguas o escondidas y podía reprocharme algo, esto le daba todavía un mayor sentimiento de poder. No obstante, pensaba que nunca se sentía seguro en esta posición porque siempre estaba asustado de que yo le diese la vuelta a la situación y le hiciera responsable de todo lo que iba mal.

Después de un largo silencio dijo:

Lo que me ocurre es que si yo tuviese razón en mis sospechas iniciales, cuando estaba en la sala de espera, de que empezábamos tarde, en realidad más tarde que nunca en lo que yo recuerdo, lo extraño es que esto ocurriera después de la sesión de ayer. Lo que ocurrió en la sesión de ayer con mi sentimiento de estar cargado de razón y de rabia... bien, siento que se ha transformado en algo diferente, algo más desagradable y destructivo.

En aquel momento acreditó algún conocimiento de los contenidos de la sesión

previa y parecía estar en posesión de la capacidad de observar y enjuiciar, cosa que ahora podía agradecer a su analista. Sin embargo este contacto más positivo y penetrante consigo mismo y conmigo se modificó. Primeramente se volvió hacia mí con ojo crítico interpretativo y después siguió comentando lo que yo había interpretado en la sesión anterior (y en otras ocasiones) hablando en un tono explicativo, de superioridad. Una vez más daba a entender que no estaba interesado en comprenderse mejor o en ayudarme a comprenderle mejor, sino en afirmar sus conocimientos y su superioridad de un modo más provocador y derrotista que constructivo. De todos modos pensé que le perturbaba el reconocimiento de la emergencia de algo desagradable afincado en su interior, y en la sesión se volvió más irritable y polémico.

Me veía sometido no tanto a una rabia o a una crítica directa como a una hostilidad callada, hostil y fría que lastimaba su comprensión y también la mía, que yo pensaba que había sido provocada por la evidencia de vida dentro de él y de su objeto. Por un momento nos sentíamos los dos aprisionados, desesperando por la presencia de un tercero, de un objeto realmente útil que pudiera aportar, sea a él o a mí, algún medio de sortear una situación tan horrible, sin salida alguna.

Dijo después de una pausa:

Hay un evidente desequilibrio entre analista y paciente por lo que respecta a las motivaciones de su encuentro, pero hay un desequilibrio más pequeño que creo interesante mencionar. Quiero decir que si yo hubiese llegado dos o tres minutos tarde, esto podría tener alguna significación, pero si usted llega dos o tres minutos tarde, esto no significa nada en apariencia, es un simple hecho.

El retraso en comenzar la sesión no dio lugar a una expresión abierta de ansiedad, crítica o resquemor y no se extendió en describir cualquier pensamiento o sospecha que pudiera ocurrírsele acerca de las razones del retraso. Más bien utilizó sus observaciones para alimentar su resentimiento por el «desequilibrio» entre los dos. Como he tratado de ilustrar, creo que esto dio lugar a un ataque maligno a mis funciones y a sus propias capacidades mentales: su capacidad de explorar, de reconocer y articular sus propios pensamientos y sentimientos. En diferentes puntos, cuando yo podía preservar o recuperar mis funciones, sin embargo, y podía hablarle de los procesos más malignos que tenían lugar en su interior y entre nosotros, parecía recuperar su capacidad de pensar. En aquellos momentos el paciente mostraba una mayor capacidad de insight y una más decidida inclinación a admitir lo que había reconocido de sí mismo y de su objeto de una manera que parecía más benévola y más cooperadora.

En esta sesión continuó diciendo:

Nunca he comprendido... Recordé que había ocurrido con el Dr. H. que pienso que he mencionado en otro momento. Un día no se presentó y era un

momento en que me encontraba en un punto crítico de mi trabajo sobre la tesis, y esto ocurría diez días antes de su partida. Había alguna razón que le impidió venir. Podía haberme localizado pero no lo hizo. Más tarde aquella misma semana fui a ver al profesor Z. que inicialmente se ocupó de procurarme al Dr. H. como tutor. Algo que lamento es haber dicho al profesor Z. que el Dr. H. no se había presentado y que esto me había herido un poco. Decir esto al profesor Z., el tono en que lo hice creó cierto desconcierto. No trato de comparar un retraso de dos minutos con alguien que no aparece en absoluto pero me acuerdo de cómo este hecho empañó mi total experiencia del trabajo con el Dr. H. durante más de tres años.

Tanto en la sesión previa como en la que estoy describiendo el paciente llegó a reconocer el sentimiento de abandono y de enfado. Pero le era muy difícil mantener este estado reflexivo para sus adentros y el contacto más positivo conmigo. Sospecho que el sufrimiento, la humillación y la envidia suscitadas por lo que él llamaba el «desequilibrio» entre nosotros contribuía a su irritación defensiva y a los impulsos destructivos subyacentes. Pudo invertir este desequilibrio cuando sustituyó los sentimientos de desvalimiento y dependencia por un sentimiento poderoso de agravio que le resultaba gratificante. Ahora, en esta sesión parecía reconocer con desagrado que esta herida, la confusión y la rabia ante la conducta de su tutor, habían movilizado su odio y su afán de venganza. Ahora lamentaba no haber sido capaz de un mayor aguante, colocándose en una posición con una queja poco apropiada y explotando interiormente el lapsus del Dr. H. y regodearse de forma vengativa hasta empañar después el conjunto de la experiencia de la ayuda y el apoyo recibido durante más de tres años.

En la sesión que he venido relatando pensé que su ataque destructivo no era franco sino disimulado en la ambigüedad y la duda que él profesaba incluso cuando estaba en posesión de pensamientos muy explícitos y recuerdos claros. Las respuestas que me daba eran correctas y ponderadas, tanto en el acuerdo como en el desacuerdo y no parecían movidas por un ánimo de corregir o de precisar aclaraciones sino como algo mucho más hostil y demoledor. A menudo parecía estar hablando desde una posición más bien amenazadora como si en la consulta con el prestigioso profesor Z. yo me viera colocado en mala posición, como la persona que iba a sentirse incómoda, culpable y débil.

Solo cuando pudimos abordar hasta qué punto había quedado absorbido en estos procesos crueles y gratificantes llegó a ser capaz de conocer y de articular claramente por primera vez lo inquietante y perturbador que había sido para él aquella ruptura al final de su período de trabajo con el Dr. H. Empezó hablando de modo diferente, detallando que había tenido que ir a otro despacho las dos o tres últimas semanas, y cuando su tutor dejó de acudir a la reunión crucial la última semana él estuvo esperando dos horas y se sintió extraño y terrible. Dijo: «Cuando di cuenta al profesor Z. de lo ocurrido con el Dr. H. omití todas las buenas cosas que se habían producido en el curso del trabajo sobre mi tesis.» También estaba claro que su resentimiento, hostilidad y continuados ataques destructivos a su tutor habían conseguido atacar su

propia conciencia de pesar y la terrible confusión y sentimiento de pérdida a que le había expuesto la marcha de su tutor. Creo que el trabajo continuado de la sesión permitió al paciente que me lo pudiera reconocer con más franqueza.

COMENTARIO

En este capítulo me he aplicado sobre todo a reseñar la actitud del paciente cuando se sintió amenazado por experiencias de dolor y pérdida. Entonces evocó una variedad de mecanismos precoces, es decir adentrándose en un mundo en donde un sentimiento de agravio y daño imborrables llevaban a una destructividad cruel y gratificadora. Fueron atacadas sus propias funciones mentales con el frecuente resultado de un grado de confusión y fragmentación que él no podía comprender propiamente ni pensar o elaborar de manera adecuada. Sus objetos también eran atacados de forma dispersa e invasora llevándole a un aprisionamiento cruel, torturante y gratificante. Esto a su vez le llevaba a identificarse no con los padres que fueron vigorosos, sexuales y creativos sino con un padre agonizante de cáncer o con una madre, como la del sueño, cuyo reproche consistía en sentirse cada vez más débil. Análogamente se encontró en una relación con su tutor académico y con su analista no como figuras vigorosas y eficientes, sino distraídas e inasequibles que le hablaban de forma incomprensible e inútil.

Creo que podemos reconocer en el material de este paciente la evidencia de un conflicto en marcha que le lleva a un contacto más directo con su propia vida interior y a un conocimiento de la misma y de los vínculos con sus objetos; y por otro lado a una fuerza destructiva que opera dentro de él. Al sentirse herido o abandonado o cuando con odio toma conciencia de un «desequilibrio», el empuje de esta fuerza aumenta cada vez más en las maneras que acabo de describir.

Cuando en el curso de una sesión fue posible comprender y articular alguno de estos procesos, a veces tenía lugar una modificación y parecía recuperar aspectos de su personalidad y de sus funciones mentales que habían sido atacadas o proyectadas o ambas cosas a la vez. La comprensión de estos aspectos de su vida mental y la descripción verbal que se le ofrecía parecía hacerlos más susceptibles de ser pensados, y el paciente podía integrarlos más plenamente a pesar de la ansiedad y la culpa que podían despertar. Hubo entonces una apreciable disminución de la enactación de los mecanismos defensivos y destructivos en su propia mente y en la relación transferencial. Fue más capaz de reconocer y articular su cólera genuina, su resentimiento y su agravio y también pudo reconocer el placer que sacaba de su destructividad tanto en el presente como en el pasado. Adquirió penosamente conciencia del grado en que sus experiencias podían verse envenenadas por aquellos procesos. Se refirió una vez más al tiempo en que se sintió abandonado por su tutor pero ahora lo comentaba de un modo muy diferente y con más emoción dando una impresión más real de la ansiedad, pánico y confusión que se habían concertado en la experiencia de su agravio.

CONCLUSIÓN

Algo sigue siendo muy convincente en el concepto de una pulsión primordial de muerte, cuya satisfacción supone la aniquilación total del self como un ser que piensa y vive. Freud y Klein pensaron que podían explicarse algunos de los fenómenos clínicos que encontraban, en términos de una lucha fundamental entre las fuerzas que promocionaban la vida y, de otro lado, un impulso hacia la muerte. Las profundas resonancias biológicas de estas teorías y las referencias a la muerte física pueden ser importantes e incluso necesarias.

De todos modos, la postulación de un impulso instintivo hacia la muerte puede verse como un intento de captar y explicarse la manifestación de una fuerza psicológica destructiva que forma parte de nuestra naturaleza y que es a menudo muy evidente en muchos de nuestros pacientes enfermos. Creo que es necesario seguir explorando la naturaleza de las experiencias, actividades y objetivos que reflejan esta fuerza psíquica destructiva y la gratificación consciente e inconsciente, intrínsecamente ligada a ella.

Lo que es «mortífero» es la manera como se ven atacadas la significación, la especificidad y las diferencias y cualquier proceso de desarrollo retardado o socavado. La vitalidad es arrancada del mismo paciente y de sus objetos, y si bien en un importante sentido estos impulsos son de «antivida», sugiero que su objetivo no es literalmente el de matar o aniquilar sino de mantener un vínculo con el objeto que a menudo tiene una calidad torturante. Creo que la satisfacción que va tan ligada a estas actividades, que les confiere una cualidad tan compulsiva no resulta de la fusión con la pulsión de vida y su libidinización consiguiente sino que es intrínseca a la fuerza destructiva. Esto supone que la sexualidad y la excitación sexual no están necesariamente ligadas a la pulsión de vida y reclutadas o «secuestradas» por la pulsión de muerte. Al contrario, la satisfacción que se obtiene atacando, expoliando y socavando, sea el self o el objeto, es un elemento esencial de esta pulsión destructiva.

Es evidente que los fenómenos que estoy comentando están estrechamente relacionados con aquellos que llevaron a Klein a reconocer la importancia de la envidia como fuerza destructiva. La expresión de esta fuerza se produce en un mundo de objetos seriamente debilitados y desvalorizados que el paciente retiene, controla y triunfa sobre ellos de una manera que es evidentemente gratificante. Pensamientos sobre la muerte del paciente o de sus objetos o incluso actos violentos o suicidios, a menudo pueden comprenderse como expresión de este lazo cruel y torturador del objeto que el paciente se siente compelido a perpetuar.

En ciertas circunstancias, el impulso que está detrás de aquellas acciones es de tal naturaleza que cualquier intento de intervenir es socavado por los procesos que he intentado describir.

De todos modos, espero haber ilustrado brevemente de qué manera la comprensión y la interpretación del analista pueden llevar estas actividades

destruictivas a la esfera del pensamiento y del lenguaje, gracias a lo cual disminuye su destructividad callada y en parte libera de sus garras a los objetos. Esta modificación se lleva a cabo porque el paciente se vuelve más capaz de reconocer y tolerar la conciencia de su odio y de su cólera. Este movimiento se acompaña a menudo de una capacidad que el paciente adquiere para contactar mejor con algo más vivo de sí mismo y de su objeto; y es capaz de tener buenas experiencias que incluyen sentimientos de aprecio y gratitud hacia el otro así como sentimientos de tristeza y pérdida.

RECONOCIMIENTO

Una versión anterior de este capítulo fue publicada por primera vez bajo el título «Algunos puntos de vista sobre la manifestación de la pulsión de muerte en el trabajo clínico», *International journal of Psychoanalysis* (2000), 81 (1), 53-65.

CAPÍTULO 7

Envidia y reacción terapéutica negativa

En un pasaje muy conocido Freud escribe:

Ciertos individuos se comportan de una forma muy peculiar durante el trabajo del análisis. Cuando se les habla con esperanza o se expresa satisfacción con los progresos del tratamiento, muestran signos de descontento y su estado empeora invariablemente. De buenas a primeras vemos esto como un desafío y como un intento de demostrar su superioridad ante el médico, pero después acabamos por adoptar un criterio más profundo y certero... Exhiben lo que se conoce como «reacción terapéutica negativa» (Freud, 1923a: 49).

Freud señaló que en estos casos tenemos que ver con un sentimiento inconsciente de culpa «que encuentra su satisfacción en la enfermedad y rechaza suprimir el castigo del sufrimiento» (1923a: 49).

En un interesante pasaje Freud continúa refiriéndose a aquella situación en que el sentimiento de culpa es el producto de una identificación con alguien que fue una vez el objeto de una catexis erótica.

Un sentimiento de culpa, adoptado de esta forma es a menudo la única huella restante de la relación de amor abandonada y no es en absoluto fácil reconocerla como tal. (La semejanza entre estos procesos y lo que ocurre en la melancolía es inconfundible) (Freud, 1923a: 50).

Aquí Freud se refiere claramente a lo que nosotros llamaríamos culpa en relación con un objeto interno dañado.

Si en la terminología de Freud el «sentimiento inconsciente de culpa» encuentra su satisfacción en la enfermedad y rechaza acabar con el castigo de sufrir, en el material clínico que presentaré más tarde en este capítulo, se podrá ver hasta qué punto es el paciente quien «encuentra satisfacción en la enfermedad», sintiéndose ligado a una relación de objeto que implica el castigo del sufrimiento. Sugiero que en el paciente que voy a presentar, el dolor evocado por la experiencia (inconsciente) de envidia, da lugar a una relación que controla y tortura a su objeto y que se manifiesta como una forma de relación terapéutica negativa.

Joan Riviere en su artículo de 1936 elabora lo que Freud llama una «visión más profunda y certera», y dice que necesitamos comprender la reacción terapéutica negativa en términos del sufrimiento del paciente por su sentimiento inconsciente de culpa. Escribe:

La opinión común es que aun cuando el analista ha comprendido e interpretado el material, el Superyó de ciertos pacientes es lo bastante fuerte para deshacer los efectos del análisis. El Superyó del... neurótico... siempre ha sido aplacado por sus sufrimientos a causa del sentimiento de culpa, y por sus síntomas que son para él motivo de inferioridad y humillación (Riviere, 1936: 305).

Sin embargo en lo que ella denomina «problemas de carácter» el Superyó nunca podría aplacarse por estos medios (1936: 305). Sugiere que en estos casos el paciente ha de defenderse contra la realidad psíquica, en donde todos los objetos amados y odiados (experimentados ahora en su interior) se experimentan como catastróficamente dañados.

Todo el daño que haya podido infligir a sus objetos, en el pensamiento o en la realidad de hecho, depende de su «egoísmo» de ser demasiado ávido y demasiado envidioso de los objetos, no lo bastante generoso y afectuoso para permitirles lo que tenían -sea placer oral, anal o genital-; depende, de hecho, de no quererlos lo bastante (Riviere, 1936: 315).

Destaca que el objeto inconsciente primordial del paciente es reparar el daño del cual se siente responsable.

Nuestra oferta de análisis (al paciente) para que esté bien y feliz es inconscientemente una seducción directa, por así decir una traición; para él supone una oferta de ayuda para que abandone su tarea de curar de antemano a los demás, conspirar con él para colocarlo de nuevo en el primer plano, para tratar como enemigos a sus objetos amados, y negligirlos o incluso atacarlos y destruirlos en vez de ayudarlos (Riviere, 1936: 316).

Este tema fue desarrollado muchos años más tarde por Henri Rey (1988b). De todos modos, como Riviere señala que el deseo del paciente de mejorar y hacer felices a sus objetos en primer lugar y así poderse sentir bien y bueno, es un deseo de imposible realización tanto de cara al exterior como internamente «porque su sadismo es todavía incontrolable». En su mundo interno, los objetos a los que inconscientemente quisiera beneficiar y hacer felices en primer lugar, son también al mismo tiempo los objetos de todo su odio, de su afán de venganza y de sus impulsos criminales» (Riviere, 1936: 318).

Riviere sostiene que ante el desespero por su situación interna y ante las dudas del paciente sobre sus capacidades reparatorias (especialmente ante la fuerza de su sadismo) entra en juego un sistema defensivo organizado. En esta reacción de tipo maníaco que Klein y Deutsch también han descrito el rasgo esencial es la omnipotencia y la renegación omnipotente de la realidad psíquica.

La renegación está especialmente vinculada con las relaciones de objeto del Yo, y la dependencia de sus objetos. A causa de esto, un rasgo

prominente es el desdén y la desvalorización de las cualidades de sus objetos junto con los intentos de control y dominio desmesurados de los mismos (Riviere, 1936: 308 -cursivas del original).

La inaccesibilidad de los pacientes:

Es una forma de su renegación, reniegan implícitamente el valor de cuanto les decimos. No nos permiten literalmente hacer nada con ellos y en cuanto a cooperación no hacen nada con nosotros. Controlan el análisis aunque no siempre abiertamente. Si no somos lo bastante rápidos en darnos cuenta de ello, estos pacientes consiguen a menudo ejercer en gran medida un verda dero control del analista, y pueden incluso hacerlo a plena conciencia (Riviere, 1936: 309 -cursiva del original).

Así pues, en tanto que Riviere parece hacer hincapié en el aspecto defensivo de esta organización, nos da una viva descripción de una continuada relación de objeto, caracterizada por la envidia, la renegación de la dependencia, el desprecio y un control tiránico.

Él importante trabajo de Karen Horney (1936) publicado el mismo año que el de Riviere se centra más directamente en el «desafío» del paciente y... «en probar su superioridad al médico», es decir los elementos hostiles, envidiosos y competitivos, en su explicación de las relaciones terapéuticas negativas. Expone un ejemplo clínico. Un abogado con múltiples y sutiles inhibiciones en casi todas las situaciones de la vida... no podía ni siquiera soñar en objetivos ambiciosos, ni hacer progresos para alcanzar metas que estaban al alcance de sus posibilidades (Horney, 1936: 29-30). Cuando el analista exploró la posibilidad de que realmente fuese muy ambicioso, recordó destellos de fantasías en que estaba aplicado a reformar el sistema jurídico del mundo entero. Horney escribe: «Debe de haber sentido alivio por un breve tiempo pero pronto puso la marcha atrás, diciéndose a sí mismo: "No vayas a creer que te sientes mejor después de todo esto". Después hubo un aumento de los síntomas en toda la línea» (Horney, 1936: 30).

Lo que resulta impresionante (e inhabitual) en este material es el modo que tiene Karen Horney de abordar la reacción terapéutica negativa como si ocurriera dentro de la sesión.

- Horney sostiene que la tendencia a recuperarse y el éxito despiertan desánimo y desespero porque para el paciente:

El éxito equivale a aplastar a los demás y triunfar malévolamente sobre los adversarios aplastados, una actitud que comporta necesariamente un temor de represión con estos dos aspectos: temor del éxito y temor del fracaso... la divisa para soslayar este peligro podría ser formulada así: «Más me valdría pasar desapercibido en un rincón o continuar enfermo e inhibido» (Horney, 1936: 37).

Horney advirtió que Freud también creía que el temor al éxito era la fuente principal de la reacción terapéutica negativa. De todos modos si Freud hacía hincapié en el sentimiento inconsciente de culpa, el enfoque de Horney estaba en la ansiedad, una ansiedad que derivaba específicamente de la rivalidad del paciente y de sus envidiosos ataques al objeto. Reconoció que esta ansiedad y esta culpa inconscientes estaban íntimamente relacionadas si bien en ocasiones predomina una y en otros momentos la otra.

Horney era menos pesimista que Freud sobre las posibilidades terapéuticas con los pacientes que presentaban una reacción terapéutica negativa y desarrolla una serie de importantes puntos de vista, de mucha actualidad, con respecto a la técnica de seguir con estos pacientes. Señala que:

Para tratar adecuadamente la reacción terapéutica negativa es necesario en primer lugar reconocerla tal como es. Esto no es difícil en los casos en que irrumpe de una manera más bien dramática tal como la describió Freud... (pero) un analista poco experimentado puede andar indeciso y descorazonado sin reconocerla de forma precisa que es el efecto que el paciente trata de provocar. Las mismas fuerzas y en las mismas combinaciones pueden operar, de todos modos, de una manera insidiosa, hábilmente enmascarada en una pseudocooperación o detrás de un reconocimiento y admiración del analista y aún llamando su atención por alguna mejoría superficial que haya podido producirse (Horney, 1936: 43).

Los principios técnicos que Horney recomienda suponen ante todo la observación y el descubrimiento cuidadoso de las reacciones emocionales del paciente con respecto al analista (y hoy podríamos añadir del analista con respecto al paciente). Al analizar a pacientes que presentan una reacción terapéutica negativa, la autora observa dos reglas: en primer lugar decide trabajar directamente tan solo con aquellas partes del material del paciente que se relacionan con su reacción al analista; y en segundo lugar no se permite hacer construcción alguna del pasado. Sostiene que las actitudes del paciente adulto no están directamente basadas en los hechos de la infancia, pues los acontecimientos pasados se modifican y mediatizan por los hechos ocurridos entre el pasado y el presente.

Y así, como Spillius (2007) señala en su valioso comentario al trabajo de Horney:

Su visión de conjunto es... que la reacción terapéutica negativa supone un ataque hostil al análisis y al analista, y está de acuerdo con el primer criterio de Freud: que la reacción terapéutica negativa se produce a causa del «desafío... y un intento de demostrar... la superioridad en relación con el médico» (Spillius, 2007: 65).

Si tanto Riviere (1936) como Horney (1936) hacen referencia a la envidia del paciente como un factor de la reacción terapéutica negativa, Klein (1957) emprendió una exploración mucho más profunda y más extensa del papel central de la envidia y

las defensas en su contra, en relación con la reacción terapéutica negativa. La envidia interfiere en el desarrollo de un claro sentido de lo bueno y de lo malo. Si en el estadio más precoz, el buen alimento y el buen objeto primario no pudieron aceptarse ni asimilarse, esto se repite en la transferencia y perjudica el curso del análisis (Klein, 1957: 185).

Partiendo de la idea de que la envidia daña el objeto primario bueno y arreca el ímpetu de los ataques sádicos al pecho, llegamos a otras conclusiones. El pecho atacado, a su vez, ha perdido su valor, se ha vuelto malo al ser mordido y envenenando. La envidia excesiva aumenta la intensidad de estos ataques y su duración y de este modo es más difícil para el niño recuperar el buen objeto perdido (Klein, 1957: 186, cursivas del original).

Ilustra este punto así:

El analista acaba de dar una interpretación que ha aliviado al paciente y ha producido un cambio de humor, desde el desespero a la esperanza y confianza. Con algunos pacientes o con el mismo paciente en diferentes momentos, esta interpretación útil y benéfica puede ser pronto objeto de una crítica destructiva. Y en tal caso ya no siente que ha recibido algo bueno que se ha experimentado como un enriquecimiento. El paciente envidioso tiene rencor al analista por el éxito de su trabajo; y si siente que el analista y la ayuda que le está prestando se ha deteriorado y desvalorizado, no puede introyectarlo lo bastante como un buen objeto ni aceptar sus interpretaciones con una real convicción ni puede asimilarlas (Klein, 1957: 184).

Si la envidia del pecho nutricio es intensa, la plena satisfacción se ve interferida porque... es característico de la envidia que implique robar al objeto lo que posee y estropearlo (Klein, 1957: 188, la cursiva es mía).

La envidia excesiva, expresión de los impulsos destructivos, interfiere en la escisión primaria entre el pecho bueno y el pecho malo y la constitución de un buen objeto no puede llevarse a cabo plenamente (Klein, 1957: 192).

Más tarde Klein escribe:

Capacitar al paciente para que pueda enfrentarse con la envidia y el odio primarios solo es posible después de un largo y laborioso trabajo... las implicaciones más profundas y más tempranas (de la envidia) experimentadas en la situación transferencia) son en extremo penosas y por tanto difíciles de aceptar por el paciente (Klein, 1957: 221).

Sugiero que la envidia no es una expresión de impulsos destructivos sino que despierta los impulsos destructivos. Creo que Klein refunde aquí dos cuestiones: describe vívidamente la penosa y desagradable experiencia consciente o inconsciente de la envidia y lo que la misma despierta. Sin embargo, no es la envidia per se la que

«implica» el robo y la destrucción de los contenidos del pecho. Más bien me parece que una de las consecuencias del despertar de la envidia es la movilización de los impulsos sádicos, la necesidad de robar, de emponzoñar y destruir triunfalmente con la gratificación y excitación consiguiente.

Creo que estas respuestas movilizadas por la envidia son la «manifestación de la pulsión de muerte». Al intentar formular la conexión que había observado clínicamente, Klein (1957: 217) sugiere que la «destrucción y la devaluación son inherentes a la envidia». El placer y la gratificación en estas reacciones destructivas y deteriorantes, la manera de desvalorizar y socavar la bondad del objeto, constituyen naturalmente, en mayor o menor grado, una defensa contra la experiencia de la envidia, pero yo sostendría que no son en sí mismas la expresión de la envidia o algo «inherente» a ella.

Klein continúa describiendo su creencia de que «la proyección de la envidia del bebé confiere un particular aspecto a su ansiedad por la persecución primaria, más tarde internalizada». Sugiere que la reintroyección de este objeto envidioso y destructivo:

Se experimenta perturbando o aniquilando cualquier intento de reparación y creatividad. También se experimenta como una demanda constante y exorbitante de la gratitud del individuo. Pues a la persecución se añaden los sentimientos de culpa de que los objetos internos persecutorios son el resultado de los propios impulsos envidiosos y destructivos del individuo, impulsos que ante todo han dañado al buen objeto. La necesidad de castigo que encuentra satisfacción con la desvalorización aumentada del self lleva a un círculo vicioso (Klein, 1957: 231).

Klein señala:

Cuanto más intensa ha sido la escisión y proyección de los impulsos envidiosos y destructivos, tanto más peligrosos los siente el paciente cuando es consciente de ellos. En el análisis hemos de caminar lenta y gradualmente hacia el penoso insight de la división acaecida en el self del paciente. Esto supone que los aspectos destructivos son escindidos y proyectados una y otra vez, y recuperados de nuevo hasta que se produce una mayor integración. Como resultado se fortalece el sentimiento de responsabilidad y la culpa y la depresión se experimentan más profundamente. Cuando esto ocurre el Yo se ve reforzado, disminuye la omnipotencia de los impulsos destructivos así como la envidia; y se libera la capacidad de amor y gratitud, embotada en el curso de los procesos de escisión. En consecuencia los aspectos escindidos y proyectados se hacen gradualmente más aceptables y el paciente es capaz de reprimir los impulsos destructivos contra los objetos amados en lugar de proceder a una escisión del self. Esto implica que la proyección sobre el analista, que lo transforma en una figura peligrosa y vengativa, también disminuye y que el analista a su vez encuentra más facilidades para ayudar al

paciente a una mejor integración. Es decir la reacción terapéutica negativa va menguando en su fuerza (Klein, 1957, 225).

Como Spillius (2007) señala, Rosenfeld (1975) cree que la reacción terapéutica negativa implicaba esencialmente una lucha entre el analista por un lado y una parte loca, narcisista del paciente por otra, ambas tratando de ganar la devoción y la lealtad de la parte infantil, dependiente, del paciente. Una reacción terapéutica negativa es más probable que ocurra cuando ha habido un contacto emocional positivo entre el analista y la parte dependiente del paciente. Rosenfeld dice:

He observado que esta reacción terapéutica negativa es debida a un poderoso contraataque de la parte omnipotente, narcisista y a menudo megalománica del paciente que se ha sentido derrotada por los progresos del análisis y que reafirma su poder atacando y agobiando la parte dependiente infantil para restablecer el status quo y reconquistar el control sobre el Yo (Rosenfeld, 1975: 223).

En su comentario a «Variedades de la experiencia envidiosa», Spillius (1993) considera cuidadosamente el problema de hasta qué punto la envidia puede formar parte de la experiencia consciente del paciente. Señala que si Klein estaba, en conjunto, preocupada por las reacciones envidiosas e inconscientes, otros autores (entre los cuales la misma Spillius) describen variantes de experiencias de envidia, más o menos conscientes.

En el siguiente apartado de este capítulo me propongo seguir el curso de las reacciones terapéuticas negativas cuando ocurren dentro del diálogo analítico. El material clínico con el que me he encontrado me condujo a la hipótesis de trabajo (que creo que concuerda también con el uso que Klein hace del concepto) que estaba tratando con las consecuencias de la experiencia inconsciente de la envidia.

Utilizo el material de una sesión con un hombre joven para ilustrar alguno de los problemas teóricos a los que me he referido. Creo que este material me permite inferir vínculos entre el dolor asociado a la envidia del paciente, las defensas excitadas y triunfalistas que fueron movilizadas y las consecuencias destructivas para la relación con sus objetos, incluyendo la relación con el analista. También fue posible seguir la preocupación por los objetos que sentía débiles y deteriorados, la culpa consciente e inconsciente despertada por esta situación, y su consecuente identificación con estos objetos deteriorados, identificación que era una defensa contra la culpa. Sugiero que estas interacciones pueden observarse dentro del proceso de una simple sesión y que constituyen la dinámica central de la reacción terapéutica negativa, tal como se observa en este paciente.

ILUSTRACIÓN CLÍNICA

El paciente ha estado en análisis durante dieciocho meses. El Sr. E. se ha graduado recientemente en una institución de prestigio en donde se apreciaba su gran

talento; pero repetidamente frustraba y decepcionaba a sus maestros y con penas y trabajos consiguió evitar que le suspendieran.

El padre del Sr. E. tenía un cargo directivo en una compañía petrolera internacional. Era una persona inteligente y capaz que nunca llevó a término su pleno potencial. Según el paciente podía ser rígido y controlador, de genio colérico y en ocasiones el Sr. E. lo sentía cruel y torturador. Hace tres años enfermó de cáncer y murió después de un proceso relativamente breve. El Sr. E. describía a su madre como una mujer que había sido hermosa pero limitada. Se había casado con su padre poco después de haberle conocido y con él se sintió frustrada y desilusionada. El Sr. E. pasó sus primeros años casi siempre solo con su madre pero a los ocho años fue colocado interno en una escuela y allí se sintió solo e infeliz.

El Sr. E. pasó un período muy difícil cuando estudiaba en la universidad, al ser abandonado por una muchacha, cuando dos amigos íntimos sufrieron sendas crisis y se diagnosticó la enfermedad de su padre. Estuvo manifiestamente deprimido, incapaz de trabajar; se sentía desesperado y pensó seriamente en suicidarse.

Tiene miedo de verse obligado nuevamente a hacerse cargo de su madre que tiene sobrepeso y carece de energía y de iniciativa. Él se perturba por cualquiera de sus propios síntomas, por su peso o por la falta de logros lo que le hace pensar hasta qué punto le ocurre lo mismo que a su madre y que en cierta medida estaría poseído por ella. En otros momentos el Sr. E. se encuentra adoptando la actitud superior, crítica y despectiva de su padre (especialmente hacia su madre) cosa que también le resulta incómoda. Se ve como inmaduro y dependiente de los demás, si bien puede ser «la vida y el alma» de una fiesta, hablando excitadamente sin respiro, divirtiendo e impresionando a sus amigos.

El Sr. E. es sin duda un hombre inteligente y talentoso y a veces es capaz de reflexionar y comprender. Amigos y maestros están encantados con él, bien impresionados, prestos a ayudarlo pero acaban invariablemente frustrados y perplejos cuando fracasan en sus esfuerzos. Con frecuencia llega tarde a las sesiones, sobre todo si la sesión previa ha sido provechosa. Él da una variedad de explicaciones a menudo elaboradas y «analíticas», en un estilo que desarma y que despierta en mí una mezcla compleja de interés, simpatía y frustración. Voy a presentar una sesión que tuvo lugar hace muy poco tiempo después de sus exámenes finales. Me había dicho repetidamente que a pesar del trabajo que había hecho en el último minuto, y a pesar de la ayuda que había recibido de los profesores, pensaba que iba a fracasar. Se dio el caso de que fue aprobado con dificultades y bajo la condición de que completara su proyecto en unos pocos meses.

El Sr. E. llegó a su sesión del viernes con diez minutos de retraso por tercera vez consecutiva.

Es raro. Al llegar a la puerta estaba pensando que, de algún modo, no he adquirido el ritmo de todo esto, en cierta manera lo he adquirido demasiado

bien. Salí de casa el miércoles demasiado tarde para llegar tarde aquí, el jueves salgo con más tiempo pero igualmente llego tarde, y hoy he salido a buena hora y aún así llego tarde. De modo que tendré que modificar mi sentido de la puntualidad.

Quedó en silencio.

Después de una cierta incomodidad momentánea comentando su dificultad para acudir puntualmente a las sesiones, el Sr. E. pasa rápidamente a comentar sus repetidos retrasos con un divertido humor que sutilmente pretende dar por sentado que ni él ni yo nos tomamos en serio su conducta; al contrario, él casi se admira de la facilidad con que consigue este ritmo de llegar exactamente diez minutos tarde. Habla casi con perspicacia e intuición, haciendo referencias implícitas a interpretaciones previas que yo le he hecho sobre el control frustrante que él ejerce. Piensa que yo espero que mis interpretaciones le llevarán a llegar con más puntualidad y a utilizar con mejor provecho las sesiones. Pero adopta delicadamente una posición analítica de superioridad y me demuestra que en realidad yo no puedo hacer nada para remediar la situación.

Él paciente continuó para hablarme de una entrevista de cara a un trabajo interesante que su amigo había concertado para él la próxima semana. Dijo:

Realmente, todavía no he podido prepararlo todo para esta entrevista. Desde que me hablaron de ello he tenido que resolver otras cosas y no he podido prepararme demasiado bien. Hasta que ayer noche, de pronto me sentí animado y empecé a hacer algo. Pero las viejas costumbres están todavía ahí. De nuevo en aquella habitación en medio de tanto farrago, con las mejores intenciones, hay muchas cosas que pienso vender por e-Bay. Ocupan la mitad de la habitación. Hay muchas cosas que en principio tendrían que servir para completar mi proyecto -pero no hago nada- como mi padre con su cobertizo del jardín y su garage y sus cosas, todo lo que se proponía hacer y no hizo nunca.

Suspiró.

El paciente comenta una vez como pospone el trabajo que tendría que hacer del mismo modo que pospone salir de su casa en tiempo oportuno para llegar a la sesión y poco después dice, optimista, que ya ha dado un buen paso. Esto se sigue, de un modo característico, de una referencia a que «persisten las viejas costumbres» y de su descripción de estar agobiado con tantas cosas que ha sido incapaz de utilizar de modo creativo o de deshacerse de ellas. Al analista (como al padre en sus fantasías) se le ofrece repetidamente una perspectiva más esperanzadora. El paciente puede incluso abrigar buenas intenciones y le gustaría permitirse y permitir a su analista mantener cierta esperanza. De todos modos cualquier creencia en la posibilidad de un progreso se ve socavada. El analista, como su paciente, está en una posición de desaliento intentando animar y sugerir «cosas», invitado repetidamente a sentirse más

esperanzado y repetidamente frustrado y decepcionado. Y así, en la sesión se puede ver cómo el paciente bloquea al analista y (siguiendo la versión de su padre) le hace inútil y débil, con un trabajo ineficaz amontonado en el cobertizo o en el garage de la mente del paciente. La situación así recreada una y otra vez, los «mismos viejos patrones» tienen la ventaja de proteger al paciente de tener que ver al analista ofreciéndole algo de real valor. El resultado es que se ve protegido de la amenaza de que se presente la experiencia de la envidia. Y es con este objeto interno, debilitado y dañado, reconstruido continuamente del modo indicado, con quien el paciente se identifica. Pienso que esta identificación introyectiva con tal objeto, atacado y arruinado, le paraliza en buena medida y entorpece su desarrollo.

El Sr. E. dijo que estaba intentando encontrar un lugar donde vivir que estuviera mucho más cerca de mi consultorio pero añadió también que el trabajo por el que estaba interesado estaba en el otro extremo de la ciudad.

Lo último que ocurre -no es en realidad lo último, no tendría que serlo- es que mamá tuvo una operación el viernes. Le aplicaron unos electrodos para reactivarle el corazón a causa de su arritmia. Dijeron que sería muy difícil de corregir, si lo hubiese tenido durante un rato. Intentaron por tres veces la intervención sin conseguirlo. Y ha quedado como estaba. Durante años habíamos pensado que ella no tenía energía porque a causa de su sobrepeso sus piernas claudicaban y no podían sostenerla. Fue un alivio para todos, especialmente para ella, descubrir que existe un problema médico detrás de su falta de energía, no recibía sangre suficiente desde el corazón, no dependía de ella. Es como venir aquí y empezar a darme cuenta de que hay cosas subyacentes en esta dificultad de resolver las tareas. Para ella fue un alivio verificar que no era cuestión de pereza sino que de hecho tiene un problema médico que no ha sido resuelto.

Puede comprenderse este material como una comunicación de la experiencia que el paciente tiene de su madre, como de una figura deprimida e inerte, con algún trastorno en su corazón. El paciente ha transmitido un sentido de carga y responsabilidad, la presión que siente desde su temprana infancia para «ponerla en marcha», para aliviarla de su infelicidad y darle más vida, pero ha fracasado en sus repetidos esfuerzos. Esta configuración se recrea en el análisis en dos formas reversibles. Los repetidos retrasos del paciente y su conducta repetitiva frustrante y torturante debe representar en cierto sentido sus esfuerzos desesperados para despertar en sus objetos la respuesta vital y eficaz que él necesita. De todos modos el analista también se ve colocado en la posición de ser la persona que repetidamente y sin esperanza trata de «poner en marcha» a su paciente en una existencia más viva y creativa. Esto sugiere de manera elocuente hasta qué punto el paciente se identifica con una figura materna con un «problema de corazón» que, repetidamente, uno intenta «curar».

De todos modos, en esta parte de la sesión yo pensé que iba apareciendo un aspecto diferente. Por un momento el Sr. E. está intranquilo por si yo pudiera pensar

que si él pone en último lugar, «la última cosa, el estado de su madre, esto indica que algo no va en su actitud para con su madre, algo que tiene que ver con su corazón (del paciente)». Pienso que no solo está trastornado por su falta de afecto y atención; también, en parte, se ha dado cuenta de algo en sí mismo que ha estado presente «durante un rato» y que me hace muy difícil modificar la situación en que le encuentro en la referida sesión. Aunque yo podría esperar que mis intervenciones pudieran tener la función de «poner en marcha» algo en él, en realidad me encuentro con un problema subyacente que se acredita intratable. En aquel momento yo no tenía la impresión de que esta dinámica estuviese conectada con la depresión; más bien diría que me sentía solicitado a ponerme impaciente o crítico (como a su padre le ocurría a menudo) para intentar repetidamente y sin éxito empujarle a funcionar de manera más eficaz. Cuando me veo hasta cierto punto arrastrado a adoptar este rol, él se cura temporalmente de la ansiedad y de la culpa que parece vivenciar por un momento con respecto a un objeto que siente repetidamente debilitado y socavado. Se describe a sí mismo como atrapado en un proceso que interfiere en su capacidad de movilizarse, llegar puntual a donde sea, cumplimentar algo o permitir que otro realice algo con él. Los dos acabamos encerrados en una situación imposible y frustrante que en nada puede cambiar. Su conciencia creciente en las sesiones de la existencia y la fuerza de este proceso le llevó a reconocer que hay también algo, una «cosa subyacente», en su imposibilidad de terminar las cosas, no es que sea perezoso, es que hay algo que no funciona.

El Sr. E. vino a preguntarme, de un modo extraño y vacilante, si podría tener otros horarios para sus sesiones, en el caso de que empezara su nuevo trabajo. Me dijo que su amigo David, que ya había trabajado en la compañía en la que él pretendía ahora obtener un empleo, le había dicho que eran muy comprensivos y flexibles por lo que respecta a horarios. El Sr. E. dijo, «David me dijo esto porque pensaba cómo podría compaginarlo con el análisis.»

Además de los problemas realistas implicados, el Sr. E. señala su ansiedad y su incertidumbre sobre mi voluntad de perseverar en mis esfuerzos ante las frustraciones y las dificultades. Consigue que David piense en el problema y adopte un criterio positivo en cuanto a las posibilidades. Es de notar que el mismo Sr. E. no expresa mucha esperanza sobre la posibilidad de encajar su análisis con su nuevo trabajo y evidentemente se muestra incómodo comentando esta situación. Sospecho que tiene tantas dudas sobre su propia capacidad de conservar posibles esperanzas, que también a mí podrían darme satisfacción, que ha de movilizar a sus objetos para que se mantengan, optimistas y deseosos de considerar la situación de manera positiva. Y así, me habla de forma suplicante y conciliadora como si creyera que la única manera de que el análisis sobreviva es si yo estoy suficientemente interesado por él y por mi propio trabajo para asumir la responsabilidad. En este caso yo podría hacer los esfuerzos necesarios para acomodarme a sus necesidades, cosa que él no confía poder hacer. De todos modos, él hace entonces un movimiento característico para poner en duda tales esperanzas.

Pienso que David lo ha exagerado un poco porque tiene un contrato de

autónomo mientras que yo lo tendría a tiempo completo. Por esa razón no creo que yo pueda negociar una ausencia de medio día para venir aquí, sin explicar lo que voy a hacer, cosa que no quiero decirles. Es extraño lo que me cuesta ahora pedírselo a usted. Ahora me doy cuenta de que vuelvo a hacer lo que acostumbraba a hacer tiempo atrás -reír o sonreír cuando no hay razón alguna pare reírse. Es interesante darse cuenta de cómo lo había superado más o menos en el curso de los últimos meses y en cambio ahora vuelvo a las andadas.

El aspecto del paciente (que había sido colocado en David) que es capaz de pensar y preocuparse de su análisis se ve inmediatamente socavado junto con la perspectiva de que el trabajo conmigo sería adecuadamente protegido. Pensé que era realmente difícil para el paciente tramitar una situación en la que él necesitaba algo de mí y era fugazmente consciente de su ansiedad, vulnerabilidad y dependencia. No solo se daba cuenta de su propia hostilidad y pánico de esta situación sino que también se sentía ansioso por haberme provocado y haber puesto en peligro mi buena voluntad. Su intolerancia a esta difícil situación se reflejaba en su manera de entrar en un estado maníaco, triunfante con risas burlonas y observaciones aisladas. «Es sorprendente...». «Ahora me doy cuenta...». «Es interesante advertir...». Se distanciaba de su breve experiencia de preocupación, socavando mi papel de alguien capaz de preocuparse por él, de ayudarlo, dejándome sobrellevar la frustración, la impotencia y el desespero.

No me referí a esto directamente pero hice un comentario sobre las dificultades con que tropezaba y su necesidad angustiada de que yo le tranquilizara con respecto a mi disposición de acomodarme a sus necesidades. Le sugerí que también quería que yo creyera que él podía hacer esfuerzos para proteger su análisis, lo que suponía reconocer la significación de acudir al análisis no solo en relación con sus compañeros de trabajo sino, cosa más importante, consigo mismo.

Se quedó en silencio, y después dijo: «Ya.»

El Sr. E. continuó diciendo que había estado revisando el trabajo que había preparado la noche anterior. Siempre le había resultado difícil hablar sobre su propio trabajo, explicarlo, aclarárselo en su cabeza. Y sin embargo mucha gente lo tenía por muy decidido. Tomaban buena nota de sus opiniones, sobre cuestiones abstractas o acerca de la situación de otras personas, a la vez que nadie contaba con él para una realización concreta. Si se le pidiera comentar el trabajo de David podría hacer sugerencias sobre el modo de mejorarlo y, para ser honesto, probablemente tendría razón. Sin embargo se daba cuenta de que no sabía pensar acerca de su propio trabajo y pensaba que no tenía un criterio claro sobre el mismo. La pasada noche estuvo sentado allí y se sentía completamente inútil.

Respondiendo a mi intervención, el Sr. E. parecía estar más en contacto con sus dificultades para aclarar su mente y ser capaz de pensar en su propia situación de modo provechoso. Parecía capaz de reconocer lo mucho que confiaba en su analista,

como su amigo David, para funcionar satisfactoriamente. Cuando se exponía a estos sentimientos de inadecuación, a su envidia de las capacidades de los demás, tendía a asumir la función de aportar una crítica del trabajo del analista y sentía que sus juicios eran probablemente correctos.

Comenté que aunque él se veía capaz de hacer juicios firmes de sus observaciones de los trabajos de los demás, su capacidad de trabajar y elaborar se veía repetidamente socavada por algo de su interior que contribuía a este sentimiento de frustración y estancamiento.

El Sr. E. respondió hablando de una manera complicada en un tono de superioridad. Se refirió a lo que yo había dicho en relación a socavar y dijo: «Obviamente es más complejo por debajo pero este es el verdadero resultado.» No estaba seguro de si mi observación era cierta, él pensaba que quizá se había debilitado, incapaz de dar curso a las cosas o de resolverlas. Tenía que esforzarse para pensar en esto y aceptar la realidad de la situación. No confiaba en sí mismo para tomar la responsabilidad. Esto le llevó a pensar que su padre no asumía la responsabilidad y que su madre no confía todavía en que él sea capaz de hacerlo.

El Sr. E. siguió diciendo que era interesante observar que durante el fin de semana su hermano había comentado el hecho de que su madre trataba al Sr. E. como a un niño de tres años, con todas las implicaciones, buenas y malas, que esto suponía. Dijo que le parecía perverso haber ido a parar a una profesión que implicaba tener que asumir mucha responsabilidad; de no querer responsabilidades hubiera podido ser artista o cualquier otra cosa. «Pero de todos modos lo que resulta extraño es que tengo la idea de que usted no sabe de momento -y espero que sea solo de momento-, que no sabe o no tiene manera de saber lo que me tiene bloqueado.»

Sé que, ciertamente, no pienso que lo sepa. Extraña cosa esta; en cierta manera mi mente se ve obligada a trabajar en torno a este gran monolito negro en medio de mi cabeza. Nosotros hacemos lo mismo aquí, vamos dando vueltas y explorando los límites de todo esto durante una eternidad.

Le dije que lo que le había indicado, y pensé que había comprendido, era que había algo activo, en marcha, dentro de él. Pensaba que era difícil para él tolerar mi intervención y hacer uso de ella sobre todo cuando se sentía achicado e incapaz de ver o comprender nada. Entonces se sentía movido a hacerse el adulto, el profesional en posesión de la perspectiva más amplia, y a tomar la responsabilidad. Estuvo más bien complacido y orgulloso de sus propias construcciones, de su imaginación al hablar de su gran monolito negro impenetrable. En contraste, parecía complacerse en subrayar lo que yo no sabía o no manejaba y que no estaba seguro de si llegaría nunca a saberlo. En vez de esto nos veíamos ambos condenados a seguir dando vueltas «explorando los límites» (en este momento el Sr. E. se puso a bostezar).

Le dije que pensaba que me estaba indicando lo difícil que le resultaba escucharme y hacer uso de lo que le ofrecía, es decir algo que no había elaborado por

su cuenta, algo que él no conocía aún. Esta dificultad entorpecía cualquier perspectiva de cambio o de desarrollo.

Ya. Lo que me dice sobre la idea del monolito, estoy de acuerdo, no es cierto. Estaba pensando como si usted... (bostezo) estuviera concluyendo algo sobre la cuestión de si yo soy el uno o el otro, qué cosa debería funcionar o funciona. Esto es lo que desearía poder concretar y aclarar, saber qué es lo que... la cosa que me da miedo. Bueno, sin la idea del monolito hemos estado dándole vueltas durante meses y solo llego a verlo por el rabillo del ojo. Sé que hay algo fuera de mi campo visual que me mantiene a distancia o me impide avanzar o me impulsa hacia un lado o se me planta delante o donde sea.

El Sr. E. continuó hablando de un modo cada vez más sofisticado y excitado, preguntándose si existía una fuerza oscura que le controlaba, que no era de su responsabilidad, o si compartía la opinión de su familia de que todo era debido a que se hacía responsable de controlar cualquier cosa que estuviera en su cabeza. O quizá no se trataba de una fuerza externa o de una fuerza interior sino de otra parte suya que le hacía dar tumbos y no había otro remedio que espabilarse y poner orden.

Eventualmente decía sentir que aquellas ideas revoloteaban entremezcladas y acababa confundido con lo que estaba diciendo.

Yo deseo precisamente que alguien -supongo que ahora me refiero a usted-, me pudiera decir: aquí lo tenemos, este es el problema, haz esto, tómate dos pastillas de esto, esto sería perfecto. Pero naturalmente esto no es posible, yo debería tener una especie de idea portentosa, de pronto ser capaz de coger todo lo que está en mi visión periférica. No tengo idea de cómo es esto posible y me irrita mucho. Quisiera quedarme aquí por el resto de mi vida, dando vueltas por fuera sin llegar a ver nunca qué demonios estoy rumiando o a causa de ... (suspira). Como usted decía antes, una parte de mí se desespera por eso. Pero otra parte de mí que probablemente es la negrura, el bloqueo o lo que sea, puede sentir qué piensa, bueno, ¿sabe usted? (dese cuenta, ahora vuelvo a tener una voz alegre), siento que esta cosa piensa que yo soy complicado, difícil, y esto supone una victoria por sí misma, de la manera más terrible.

Creo que podemos ver en este material la expresión detallada de la reacción terapéutica negativa en el paciente. El Sr. E. había registrado brevemente la experiencia de estar en contacto con un analista capaz de reconocer sus dificultades y tomárselas en serio. Aun así, mientras yo estaba hablando se distrajo y fue incapaz de entender lo que le estaba diciendo.

Si bien hizo referencia a su experiencia de desespero y al reconocimiento asustadizo de lo mucho que solo puede vislumbrar por el rabillo del ojo, fuera de su campo de visión (o del pensamiento), le era muy difícil tolerar su conciencia de haber

podido estar en mejor contacto consigo mismo y con su analista. Y así, la experiencia era pronto desplazada por la escalada de un proceso maniaco excitado y triunfante que se reflejaba en su manera de hablar, y que era reconocido por un momento al hacer referencia a la confusión con sus ideas enmarañadas. Pienso que su percepción de que yo, en cambio, podía conservar la capacidad de pensar, de observar y de juzgar cedió el paso a la experiencia de envidia que él no pudo tolerar. Su respuesta fue pues atacar inconscientemente mi potencia analítica para eliminar la experiencia dolorosa. Como consecuencia yo también me convertí en alguien que ignora que no tiene un punto de apoyo y los dos estamos en la misma situación de ir dando vueltas al gran monolito negro que se erigió una vez en su cabeza, y así vamos explorando los límites sin esperanza.

En el mejor de los casos «alguien» podría decir he ahí el problema, haz esto, toma estas dos pastillas y todo irá muy bien. Así se destruye mi función analítica y, desesperado, solo le puedo ofrecer un consejo o unos comprimidos. En realidad la manera de responder el paciente a mis interpretaciones, desarticulándolas, dando rodeos con las palabras y las ideas, asumiendo cualquier función explicativa, crea un grado de confusión y de debilidad en el analista. El paciente puede reconocer brevemente su satisfacción triunfante por ser capaz de socavar al analista y derrotarlo creando una atmósfera derrotista. De todos modos, sospecho que el pánico de algo que cae fuera de su campo visual es también un índice de su ansiedad paranoide. Teme alguna respuesta vengativa por parte de la figura parental que está detrás de él, que se ve repetidamente sometida a sus ataques hostiles y desvalorizadores.

Para recapitular mi razonamiento en este punto: creo que podemos seguir en el movimiento que tiene lugar en la sesión, algo de los procesos dinámicos que constituyen la relación terapéutica negativa del paciente. Una breve experiencia de un mejor contacto con él y su analista que podría conducir a un ulterior desarrollo amenaza en cambio con despertar la envidia del paciente. Su defensa primaria contra esta eventualidad supone la excitación, el triunfo y la burla maniaca. Está dispuesto a ir hasta el final para derrotar a su objeto, incluso hasta el extremo (como indicaré seguidamente) de acariciar fantasías de autodestrucción. Este ataque al objeto da lugar, a su vez, a una culpa persecutoria que impide su progreso en la forma descrita y que se manifiesta en el proceso analítico.

Volviendo ahora a la sesión, he descrito el cambio que tuvo lugar en él, el resultado de la experiencia que había tenido al ser ayudado a ver algunas cosas con más claridad y cómo esto le había puesto ansioso e incómodo. Su cabeza se llenó con un poderoso monolito negro con el cual solo podía ir dando vueltas a su alrededor, admirarlo sin que pueda ejercer impacto alguno sobre sí mismo, y esto parece producirle un sentimiento de placer y de triunfo.

El Sr. É. respondió diciendo que esto no era en absoluto lo que conscientemente quería y que si lo quería no sabía por qué. No quería sentirse victorioso por eso ni encontrarlo agradable. Continuó diciendo que esto correspondía a la parte de él que en el pasado quería suicidarse, la parte que desea demostrar que todo el mundo está

equivocado por el hecho de darse por vencido, demostrar a todo el mundo cuán malo era todo y que todos le echaran de menos. Si él desapareciera de súbito, la gente se daría cuenta de lo mucho que se le encontraba a faltar. Añadió: «Eso es horrible.»

Pensé que el paciente había realmente escuchado y comprendido lo que le había dicho y parecía capaz de reconocer de manera útil que la función de «su suicidarse» era para probar que yo estaba equivocado y para agobiarme con sentimientos de ineficacia y de culpa y para darme por vencido. Pensé, como él decía, que ejemplificaba la lucha entre un impulso positivo y cooperativo y una fuerte inclinación a deshacer casi todas las afirmaciones que yo había hecho con una sonrisa triunfante en su rostro. Parecía confirmar indirectamente que era consciente del placer derivado de sus manejos para frustrarme, atormentarme y privarme, al hacerme fracasar, de cualquier placer o satisfacción con mi comprensión y mi trabajo.

COMENTARIO

En este capítulo he tratado de explorar los mecanismos que se muestran activos en la relación terapéutica negativa. Creo que se pueden ver las interacciones entre la envidia inconsciente del paciente, el triunfo maníaco utilizado como defensa y las consecuencias de su identificación introyectiva con los objetos dañados y debilitados.

He sugerido que era posible ver cómo el paciente podía, a veces, reconocer y comprender una interpretación y, en una palabra, ser aliviado y ayudado. No obstante, la respuesta positiva era difícil de mantener pues esto le exponía a una consciencia dolorosa de las maneras en que él sentía que su analista podía funcionar en contraste con sus propias limitaciones, con todas las cosas que se sentía incapaz de captar y comprender. En tales momentos solo podía intentar apropiarse de cualquier cosa que estuviera en su visión periférica, como él decía, pero que continuaba escapándosele. Creo que este material ilustra la forma de emerger la envidia y el desespero que surgen al darse cuenta de las diferencias entre él y su objeto y que llevan repetidamente al paciente a usurpar las cualidades y funciones de su objeto. Esto da por resultado una excitación maníaca y triunfante acompañada de una burla y un desdén callado y sádico. Se sintió gratificado por su capacidad de provocar sentimientos de desvalimiento y desespero. Esto se hizo explícito cuando volvió a referirse al período en que estaba lleno de ideas de suicidio como medio de triunfar sobre sus objetos con la satisfacción y el placer concomitantes.

Este proceso maníaco triunfal daba pie repetidamente a fantasías acerca de sus objetos expoliados y debilitados, las insuficiencias físicas, emocionales e intelectuales de su madre, a las limitaciones y decepciones del padre y finalmente su muerte por cáncer. Esto fue inevitablemente reenactado en el análisis de manera que yo también fui reducido a la ineficacia y a la inutilidad; y él representaba a los dos, dando vueltas por los márgenes sin que nunca pudiéramos conseguir alcanzar un punto de apoyo con que operar. En el material creo que era evidente que no solo se sentía culpable y perseguido en relación a los objetos así invadidos y socavados; también su superioridad maníaca alternaba con su identificación introyectiva con

tales figuras, incapaces de utilizar adecuadamente sus piernas, sus mentes o su potencia. Así, en el curso de la sesión, en el curso de su análisis hasta hoy y en su vida el Sr. E. alternaba entre unos estados en que mostraba un talento considerable y prometedor, que despertaba expectativas y esperanzas, y un estado de incompetencia que sorprendía y lo atormentaba tanto a él como a las personas de su alrededor.

RECONOCIMIENTO

Una versión anterior de este capítulo se publicó bajo el título «Envidia y la reacción terapéutica negativa», en *Envidia y gratitud revisitadas*, ed. E. Lemma y P. Roth, Londres, International Psychoanalytical Association Publications, 2008.

CAPÍTULO 8

De cómo dirigirse a las partes del self

Freud encontró que el concepto de diferentes partes de la personalidad era un suplemento importante del poder explicativo de su modelo de la mente. En *Duelo y melancolía*, por ejemplo, habla de como «una parte del Yo se impone por encima y en contra de la otra, la enjuicia críticamente y, por así decir, la toma como su objeto» (Freud, 1917: 247). Más tarde, en *El Yo y el Ello* (1923a) utilizó una variedad de formulaciones y de metáforas para describir las complejas relaciones entre el Yo, el Superyó y el Ello. Se refiere al melancólico, en quien el Superyó excesivamente fuerte ha logrado un dominio controlador de la conciencia y «se enfurece contra el Yo con una violencia despiadada»; o alude al neurótico obsesivo cuando «impotente en ambas direcciones, el Yo se defiende en vano, tanto frente a las instigaciones del Ello feroz como ante los reproches de la conciencia punitiva» (Freud, 1923a: 53). En un vívido pasaje nos dice que el temor a la muerte en la melancolía puede explicarse así:

El Yo se rinde porque se siente odiado y perseguido por el Superyó en lugar de sentirse amado por él. Para el Yo, por tanto, vivir significa lo mismo que ser amado -ser amado por el Superyó, que de nuevo aparece como el representante del Ello. El Superyó cumple la misma función de proteger y preservar lo que en otro tiempo el padre había llevado a cabo... Cuando el Yo se encuentra ante un peligro real excesivo que cree incapaz de superar por su propia fortaleza... se siente abandonado por todas las fuerzas protectoras y se deja morir.

Creo que Freud utiliza estas metáforas de dos maneras distintas aunque conectadas: ante todo como un modo de formular un modelo metapsicológico, y en segundo lugar como una forma de intentar captar elementos de la experiencia del paciente, en particular la experiencia de diferentes elementos, tendencias y conflictos en su mundo interno. En sus formulaciones cada elemento se trata en particular con su personalidad y sus motivaciones. El psicoanalista podría hablar de todo ello a su paciente y manifestar explícita o implícitamente su disentimiento o su apoyo. En este capítulo quiero considerar lo apropiado y útil de este proceder y ver también qué otras técnicas tenemos a nuestra disposición para dirigirnos a la complejidad de la experiencia del paciente, teniendo en cuenta nuestro modelo de su estructura interna. Hemos de reconocer que si una particular formulación puede sernos útil en nuestra comprensión del paciente o en la comunicación con nuestros colegas, no siempre coincide o se relaciona con la persona que tenemos en el consultorio en aquel momento. Si no reconocemos esto, podemos encontrarnos hablándole al paciente de un modo que refuerza sus defensas en lugar de promover un cambio psíquico.

En sus elaboraciones, a partir de los modelos previos de Freud, Klein (1946: 6) amplió notoriamente nuestra comprensión del modo en que la escisión y la

interacción de las identificaciones proyectivas e introyectivas con los objetos primarios del individuo, moldean el desarrollo de las diferentes partes de la personalidad. Estos estudios han tenido repercusiones importantes para comprender la relación entre las diferentes partes y la manera como continúan influyendo nuestra percepción de las figuras del mundo externo y nuestras interacciones con ellas. El modelo de las complejas relaciones internas, a menudo reflejado en los sueños del paciente y dramatizado inevitablemente en la transferencia, ha sido útil para comprender algunas formas de resistencia o de acting out en términos de la actividad de una parte de la personalidad en conflicto o en colusión con otra parte. El marco de esta interacción puede ser primordialmente interno; en otros momentos una parte del paciente puede interactuar con algo evocado por el analista, o proyectado en el analista, y luego repudiado.

Rosenfeld (1971b) y Bien (1959) elaboraron más tarde un modelo en que una parte de la personalidad, impulsada por la envidia u odio primario, pongamos por caso, es llevada a atacar y a socavar cualquier vinculación creativa que se tercie en la mente del paciente, o entre el paciente y el analista experimentado como una figura bondadosa, útil y comprensiva en potencia. Rosenfeld también aborda el problema que surge cuando el paciente usa con preferencia la identificación proyectiva como un medio de evacuar elementos inaceptables de su mente. En tal circunstancia, cualquier intento de interpretación -en particular el intento de dirigirse a aquellas partes repudiadas de la personalidad- se experimenta como persecutorio e intolerable, cosa que voy a ilustrar después con material clínico.

Voy a considerar la relación entre la comprensión a que el analista llega acerca de la interacción entre diferentes partes del paciente y la manera más adecuada de formular una interpretación que, como es deseable, pueda promover un cambio psíquico. El analista puede llegar a una formulación apoyándose en un sueño, en una anécdota que implica a varias figuras que a juicio del analista representan al paciente o a importantes elementos del paciente; o puede interpretarlas basándose en algunas manifestaciones de la transferencia o la contratransferencia. El analista puede pensar que entonces es útil tomar al paciente aparte, por así decir, y decirle algo en este sentido: «Una parte de Ud. siente o desea esto o aquello mientras otra parte de usted siente o quiere algo diferente.»

La interpretación puede incluir una referencia a la relación de estas partes entre sí o a su relación con el analista. He aquí algunos ejemplos: «El deseo de una parte de usted, movida por la envidia, de destruir otra parte de usted... que se vincula con su familia y conmigo» (López Corvo 1992; 722). «Una parte de usted quiere herirme pero otra parte de usted dice que no debería hacerlo» (Glenn, 1987: 586) y «Alguna parte de Ud. está tan deseosa de verme que casi quisiera asaltarme. En cambio para otra parte de usted esta proximidad resulta terrorífica» (Fonagy y Target, 1995: 492).

Estas interpretaciones descriptivas y explicativas suponen que las escisiones son relativamente claras y las diferentes «partes» no se confunden entre sí. También dan por supuesta la presencia de capacidades y funciones que en aquel momento no están

atrapadas en los procesos dinámicos en curso; de modo que el paciente es capaz de adherirse al analista en la observación y reflexión, desde fuera, en torno a los diferentes elementos del paciente.

Desde luego, podemos creer que estamos haciendo algo como «hablar al inconsciente del paciente», incluso cuando el paciente parece inabordable u hostil, como si hubiera un muro tras el cual el analista piensa que alguna parte del paciente se esconde, que él no puede ver y con la que no se puede comunicar directamente. Si el analista vocea por encima del muro espera que una parte del mensaje llegará a su destino. Si el analista repite este proceso una y otra vez acaso a la postre se producirá un cambio. Esta actividad presupone que el analista cree en la capacidad potencial del paciente para alcanzar un mayor grado de integración y en su responsabilidad por las partes que haya podido rechazar de sí mismo. Un sueño que el paciente pueda aportar ulteriormente podría ponderarse como un signo de que la escisión y el rechazo no se han cimentado con excesivo vigor, que el mensaje ha podido salvar el muro, aunque sobre la marcha no haya habido una respuesta manifiesta desde el otro lado del muro.

También nos planteamos si no importa demasiado la manera de formular una particular interpretación si, con el tiempo, el paciente siente que el analista tiene un modelo en su mente que es más o menos adecuado y si la interpretación se recibe en su conjunto como amable y benéfica. El paciente se puede sentir reconfortado, por ejemplo, si el analista se ha dado cuenta de la existencia de una parte destructiva; o reconoce, por otra parte, que hay un lado más afectuoso y cálido a pesar de toda la evidencia de lo contrario.

Robert Waelder, en una conferencia sobre técnica psicoanalítica, dada en 1941-1942 aduce que cuando el analista se encuentra con las resistencias del paciente, las ha de interpretar:

Es decir, hay que mostrarle que algo en él está atacando el análisis. No hay que decir «usted está resistiendo» o «usted no quiere mejorar». Más bien hay que decir: «algo en usted» o «una parte de usted». Resulta más fácil para el paciente luchar contra su propia resistencia, si le confirmamos que en parte él no se resiste al trabajo analítico (Waelder, citado por Guttman 1987: 52).

Waelder viene a decirnos que una interpretación que se centra tan solo en los impulsos negativos (o positivos) del paciente puede recibirse como excesivamente amenazadora para que resulte útil en determinado momento del análisis. Sandler y Sandler (1983: 422) sugieren que «los objetivos del analista consisten en ayudar al paciente a aceptar sus deseos infantiles que han suscitado un penoso conflicto y que se han vuelto amenazadores en el curso de su desarrollo». Es por esto que el analista trata de ayudar al paciente a tolerarlos:

Derivados de aquellas partes de sí mismo en su pensamiento y en sus fantasías conscientes. Dicho de otra manera, un objetivo primordial del

análisis es lograr que el paciente entre en relación amical con las partes antes inaceptables de sí mismo, a entrar en buena relación con deseos y fantasías otrora amenazadores (Sandler y Sandler 1983: 422 -la cursiva es del original).

Estos autores piensan que el analista mediante sus interpretaciones y con su manera de formularlas, puede fomentar una atmósfera de tolerancia con respecto a aquellas partes del paciente antes inaceptadas, y que el paciente, a su vez puede internalizar junto a esto la comprensión lograda en su trabajo con el analista (Sandler y Sandler, 1983: 422).

Así pues, por diferentes vías, tanto Waelder como Sandler y Sandler sugieren un modelo en que el analista se dirige a aquellas partes perturbadoras de la personalidad del paciente de una manera empática y tolerante; el paciente puede así adquirir una mayor comprensión y una mayor tolerancia para con estas partes de sí mismo. A su vez esto va a disminuir la necesidad del rechazo, la escisión y la proyección. Estas razones son sólidas y representan ciertamente aspectos importantes del proceso terapéutico. De todos modos, cabe el peligro de que el paciente pueda experimentar estas intervenciones como una respuesta defensiva del analista a las fuerzas conscientes o inconscientes a que se ve sujeto. De hecho, es particularmente difícil para el analista refrenarse en hacer interpretaciones explicativas cuando se halla sometido a poderosos procesos proyectivos que dan lugar a fantasías perturbadoras o angustiantes, no del todo reconocidas, y el paciente puede darse cuenta de ello. De modo que una interpretación explicativa formulada en términos de diferentes partes del paciente y presentada de un modo amable y tolerante, puede representar a veces una enatación defensiva del analista que intenta inconscientemente modular la ansiedad, la confusión y la perturbación suscitadas por el paciente. En la medida en que este es el caso, estas intervenciones pueden reforzar la organización defensiva del paciente, recapitulando la experiencia que tiene de un objeto primario incapaz de tolerar sus proyecciones.

PRIMERA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

Para ilustrar alguna de las dificultades para encontrar la manera apropiada de encuadrar las interpretaciones, voy a describir en primer lugar un fragmento del análisis del señor P., un hombre joven que, al empezar su análisis, transmitía un sentimiento frágil y variable de su propia identidad. No solo se sentía controlado por sus objetos sino que también él llegó a ser muy pronto uno de sus objetos adoptando sus cualidades de una manera extraordinaria. Todos los miembros de su familia estaban perturbados y el contacto con uno y otro era intermitente y difícil. La relación con su madre fue particularmente intensa y problemática. Sentía que ella tenía poco espacio en su mente para él y cualquier comunicación de sus necesidades o de sus malestares encontraba por respuesta algo así como «Sí, querido.» Por otro, lado se sentía invadido por las ansiedades y preocupaciones de su madre y a menudo se esforzaba en distanciarse de ella. En el curso del análisis ha ganado gradualmente un

mayor sentido de su propia mente, de sus necesidades y de su propia personalidad. Se siente muy dependiente del análisis pero está inevitablemente muy ansioso por la posibilidad de ser controlado. Cuando siente verdaderamente que yo le escucho y le comprendo de un modo que no registra como demasiado intrusivo se siente momentáneamente fortalecido. No obstante, cualquier desarrollo que se produzca en sus propias capacidades, siempre discurre con una marcada propensión a tomar posesión de las funciones del objeto de un modo omnipotente; esto se refleja en las sesiones apropiándose de mi lenguaje, de mis interpretaciones e incluso de mi rol de manera excitada.

En el período previo a las sesiones que voy a describir, había dejado de acudir a varias sesiones y en otras llegaba con retraso. Estaba molesto al darse cuenta de lo mucho que contaba con el análisis y se quejaba de que el análisis invadiera tanto su vida interfiriendo en diferentes cosas que él quería hacer. Sostenía que sus ausencias y retrasos (que ocurrían más fácilmente cuando había encontrado útil la sesión) eran manifestaciones de sus esfuerzos para expresar un sentido de mayor autonomía y no ser demasiado sumiso. La sesión siguiente tuvo lugar a mitad de la semana después de haber faltado a las dos sesiones previas.

Llegó puntual (cosa poco habitual) y empezó hablando en tono enérgico como si estuviese discutiendo conmigo. Recalcó que en su opinión, no venir a las sesiones no era un ataque al análisis sino la expresión de su incapacidad material: se sentía exhausto. Una parte de él sufría a causa de esto. Pero aun así se hacía reproches y se sentía acusado y culpabilizado por dentro, cosa que le disgustaba. Sentía que no podía hacer nada y no se sentía responsable.

Si bien lo que decía denotaba un cierto grado de insight, utilizaba este conocimiento de sí mismo de una forma irritada y defensiva. En el curso del análisis se hizo evidente, tanto al paciente como al analista, el intenso sentimiento del paciente de estar bajo el dominio de algo que está dentro de él. Análogamente puede sentirse poseído por ideas y deseos de los demás con escaso sentimiento de efectividad. Protesta por consiguiente, con alguna justificación, de que se le haga responsable. Parece muy importante para él rechazar cualquier insinuación de que pudiera estar activamente implicado en algo hostil y destructivo por el hecho de llegar tarde o de no acudir a las sesiones.

Con los progresos del análisis, el paciente ha tenido una necesidad creciente de intentar poner límites, de afirmarse para no someterse a las expectativas o a las interpretaciones del analista. Parecía convencido de que la sola manera de afirmarse y sentirse más fuerte era afianzarse en un vigoroso desacuerdo. Paradójicamente, la manera de afirmar su autonomía parecía implicar una identificación casi total con una figura poderosa, segura de sí misma discutiendo acaloradamente con alguien débil y desvalido, que se limitaba a hacer observaciones repetidas, inútiles y acusatorias. En este rol poderoso se sentía protegido no solo de la ansiedad y la culpa sino también de la visión del analista, como alguien que poseía un conocimiento y una comprensión diferentes de la suya y cuyos pensamientos él no era capaz de predecir o controlar.

Sin embargo, en su compleja comunicación inicial indicó que en ciertos momentos no podía mantener con éxito esta dinámica y se sentía fugazmente expuesto a la crítica y a la inculpación interna por su repetida impuntualidad con que llegaba a las sesiones y por las sesiones perdidas. Vivía con resentimiento esta intrusión. Una vez en el curso de la sesión se esforzó para enderezar la situación proyectando y denegando cualquier cosa que le causara incomodidad.

Aunque el paciente se había referido a una parte de él que sufría y a la presencia de una voz interna recriminadora que le apesaraba, en la sesión misma no había señales de la presencia de «partes» diferentes del paciente que pudieran verse reflejadas en la experiencia de la duda o el conflicto con respecto a su conducta. Al contrario, sus afirmaciones acaloradas y en apariencia llenas de convicción, indicaban que hasta cierto punto estaba totalmente identificado con una figura poderosa ocupada en polémicas provocativas y desafiantes. Cualquier atisbo de preocupación o culpa, cualquier sentimiento de vulnerabilidad o de duda eran escindidos y proyectados.

La conducta del paciente en las sesiones previas así como su manera de hablar en la presente ejercían una presión sobre mí para enactar el papel polémico y acusatorio que me asignaba. La evocación en el analista de sentimientos de indefensión, frustración y duda que se conectan con las limitaciones inevitables en su comprensión y confianza hacían difícil al analista resistir con firmeza a la presión que le inducía a la enatación de este rol.

Una respuesta que con frecuencia el analista se siente movido a actualizar estriba en situarse por fuera de la situación transferenciacontratransferencia, ofreciendo al paciente una «explicación» de su comportamiento, por ejemplo mediante la reconstrucción histórica, o con la descripción de la operación de diferentes partes del paciente. En este caso se identifica el problema dando por supuesto que radica en el paciente, en perjuicio de considerarlo como algo que discurre entre el paciente y el analista.

En la sesión que estoy describiendo, después de un breve silencio, el paciente continuó diciendo: «No quiero hacer nada de lo que se supone que debería hacer, incluso si se trata de mi proyecto en curso. Una parte de mí piensa que esto es una buena señal, que algo de rebeldía empieza a surgir en mí y que no soy tan sumiso.»

Más tarde, en la sesión, dijo que en realidad se sentía muy sano en este momento y, de hecho, se mostraba vigoroso y atento. Me dijo que su compañera había iniciado una pequeña dolencia física. Habían ido los dos a un herbolario chino y los dos habían estado haciendo cosas saludables.

De este modo, si cualquier conflicto o dudas pudieran haber amenazado al paciente, una vez en presencia del analista es muy capaz de denegar estos sentimientos, en potencia penosos y ansiógenos, proyectando su frustración y preocupación en el analista, tal como este se representa en la mente del paciente.

Gracias a este mecanismo por el que atribuye al analista toda preocupación, frustración y desaprobación, se protege de la amenaza del sufrimiento íntimo. Si bien este proceso empieza a entrar en juego en la mente del paciente cuando se acerca la sesión, su forma de relacionarse con el analista en la sesión es probable que suscite la frustración y las quejas del analista y conduzca a la enactación de la fantasía del paciente.

En la sesión de referencia no había evidencia alguna de diálogo ni de cualquier conflicto entre diferentes voces o «partes» en el mundo interno del paciente sino más bien la posibilidad de un intenso diálogo entre el paciente y el analista. Cuando después de sus observaciones preliminares hizo una pausa, me estaba invitando a todas luces a criticar y a discutir con él, quizá para que le expusiera mi propio criterio sobre el rol y las motivaciones de las diferentes partes y el conflicto entre ellas. Pensé que intervenciones de este tipo ya habían sido desdeñadas por mi paciente y que las trataría como esfuerzos consabidos para protegerme y proteger el análisis y para acusarle indirectamente.

Al cabo de un rato, cuando yo no le seguí por aquella vía el paciente empezó a sostener que su «rebeldía», su oposición a las exigencias de comprometerse en este proyecto no era cosa que le preocupara en lo más mínimo. Al contrario, adoptó la posición de que sus progresos eran evidentes y que su sumisión había disminuido. (Este comentario lo sentía como un esfuerzo más para llevarme a seguir la discusión entre nosotros). Más tarde recalcó que lejos de estar preocupado por dudas o conflictos internos se sentía sano y vigoroso; bien aliado con su amiga se estaba «curando» con el herbolario chino. Pensé que al margen de su función provocativa su actitud expresaba que estaba identificado con la versión de un analista que había encontrado algo equivalente al herborismo chino y en lo cual tenía que creer. Libre ahora del conflicto o de la duda está demostrando con energía su comprensión de la complejidad de los conflictos que le afectan y que estamos discutiendo.

Después de su referencia al herbolario chino intenté describir al paciente lo que yo pensaba de lo que él estaba haciendo y como parecía estar asumiendo el papel del analista que explica la situación. Inmediatamente expresó su desacuerdo con cierta vehemencia. Dijo que, bien al contrario, pensaba que estaba hablando por cuenta propia, expresando su propia manera de ver las cosas de un modo que habitualmente era difícil para él y que estaba muy satisfecho de ello. Creo que su respuesta confirmaba el grado de su identificación con alguien libre de conflicto y de dudas, que ha encontrado su propio remedio para cualquier cosa que pudiera perturbarle a él y a su compañera.

En la primera parte de la sesión, tal como he descrito, el paciente me presionaba a entrar en un debate con él, a objetar su formulación acerca de las funciones y motivos de sus diferentes «partes», y quizá también a plantear explicaciones alternativas. Ahora retrospectivamente, puedo ver que en realidad yo había sido llevado a presentarle una explicación alternativa de lo que estaba ocurriendo. Si bien creo que mi formulación era válida, me doy cuenta ahora de que omití tomar en consideración

hasta qué punto, en la mente del paciente por lo menos, yo estaba implicado en el proceso que se venía desarrollando.

En la sesión que vengo describiendo me referí a la manera de hablar del paciente que pensé que reflejaba su identificación con una particular versión de un analista «que sabe». El mismo hecho de que yo invitara al paciente a reflexionar sobre la situación de esta manera, implicaba que yo creía que una parte de su mente está dispuesta a escuchar y a pensar sobre lo que yo le había descrito que estaba ocurriendo en él. Pienso que no me di cuenta suficiente de la urgencia con que él tenía que ser esta figura sana, obviamente en posesión de una mente propia. Aunque él se refirió a diferentes partes de sí mismo, la intensidad de su reacción a mi interpretación parecía reflejar el hecho de que, dentro de la sesión, en realidad denegaba cualquier conexión real con aquellas partes y rechazaba también cualquier responsabilidad en relación con ellas. El tono de la respuesta del paciente y su insistencia de que él estaba hablando por cuenta propia al expresar sus propios criterios, de lo cual se complacía, llevaron mi atención a ocuparse de aspectos de la dinámica inconsciente subyacente, aspectos que previamente yo no había reconocido. Quedó claro para mí que el paciente estaba de hecho más preocupado con el impacto que pudiera causarme con su conducta y su comunicación que en reconocer o comprender lo que estaba teniendo lugar dentro de él. Cuando me situé a una cierta distancia e hice una observación de lo que estaba sucediendo en él, pienso que el paciente sintió esto (y probablemente con razón) como una respuesta defensiva y respondió a mi interpretación volviéndose más desafiante, polémico y excitado. Debido a la intensidad de la proyección del paciente, se hace inevitable un grado de enactación o al menos un sentirse presionado a enactar. Esto sitúa al analista ante la tarea de intentar comprender e interpretar la figura particular que él representa para el paciente en aquel momento y la relación de objeto que está en primer plano.

Pude ver con más claridad que este paciente está preocupado por su capacidad de pensar por su cuenta, de estar separado de sus objetos y no confundido con ellos. Y pienso que se sentía compelido a reasegurarse por un lado y a obtener de mí la confirmación de que a veces esto es posible. Sé que este paciente experimenta sus objetos primarios ora como intrusivos y destructivos, ora como seductores, posesivos y confusos. Tanto en su vida externa como en el análisis el paciente oscila entre la identificación con estos objetos y la sumisión masoquista a los mismos.

Sospecho que necesitaba convencerse de que mi intervención procedía de alguien que quería invadirle y socavarle pues era difícil para él tolerar cualquier conciencia de tener un analista que no era igual que él ni tenía las propiedades de sus objetos familiares arcaicos. Cualquier indicio en este sentido amenazaba con despertar su envidia y la conciencia aguda de su propia perturbación y limitaciones; necesitaba defenderse de todo ello mediante los procesos maníacos omnipotentes que he descrito.

Estamos siempre sujetos a esta combinación: por un lado a las proyecciones perturbadoras de las relaciones arcaicas de objeto que influyen el estado mental del

analista y estructuran las percepciones del paciente; por otro lado, a un riesgo real de frustración, confusión o provocación. Una forma de reaccionar a la presión inquietante de las fantasías del paciente y a su comportamiento es esforzarse en funcionar como un analista honesto y reflexivo que ofrece descripciones e interpretaciones explicativas que serían útiles si el paciente pudiera escucharlas adecuadamente y assimilarlas. Creo que si hubiese intentado hablar al paciente de las diferentes «partes» de sí mismo, esto hubiera representado mi intento de distanciarme de la fantasía perturbadora más primitiva en que él y yo estábamos implicados. Esta fantasía es en gran parte la del paciente pero el analista se ve inevitablemente arrastrado a compartir elementos de la fantasía y a sentirse inclinado a defenderse sea con una enactación parcial o con un retraimiento. Creo que es necesario reconocer y tener en cuenta lo que está ocurriendo realmente en la sesión que viene indicado a menudo por las reacciones del paciente a nuestras interpretaciones. De este modo podemos adquirir una mayor conciencia de quién cree el paciente (o la parte del paciente que es accesible en aquel momento) que le está interpelando y qué intenta hacer con él aquella figura.

SEGUNDA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

Quisiera explorar estos problemas con mayor detalle en relación con otro paciente, la señorita S., que había tenido semejantes dificultades en tolerar aspectos de sí misma hasta el punto de que era difícil encontrar la manera adecuada de hablar con ella. Como espero ilustrar, había momentos en las sesiones en que parecía haber un conflicto real y presente entre diferentes partes de la personalidad de la paciente, que suponía una fuente de sufrimiento y de dificultades para ella. A veces era posible hablarle de esta situación de un modo que ella sentía difícil pero significativo. En otros momentos en cambio, esta paciente (como el paciente anterior) parecía estar completamente identificada con una parte mientras que el analista tenía que advertir y sentirse responsable de otra parte. La paciente se sentía especialmente movida a denegar sus necesidades y deseos o a negar como propias partes de ella deseos de comprensión y ayuda. De todos modos aquella parte sabía encontrar maneras de comunicarse conmigo en las sesiones aunque fuera de manera complicada, a través de sueños vívidos y emocionantes que contaba. Si bien sabía, por descontado, que yo reconocería que estas comunicaciones representaban algo importante y valioso, durante largos períodos del análisis, cualquier intento de dirigirse directamente a estos elementos repudiados, tendían a provocar una reacción hostil defensiva y yo no sentía que mi intervención hubiese sido provechosa.

A veces podía explicarme los orígenes de este «apaño» interno defensivo al cual ella apelaba, recurriendo a la interacción entre las versiones internalizadas de los objetos primarios. La paciente describió a su madre como una figura ansiosa, crítica y controladora con evidentes dificultades para tolerar y expresar sus propias emociones; se sentía fácilmente amenazada por cualquier expresión de afecto y vitalidad de su hija. La paciente tenía una relación intensa, erotizada con su padre con el cual se enzarzaba a menudo en discusiones violentas. Necesitaba ocultar a toda costa a su

madre, cualquier cosa positiva y excitante que pudiera terciarse entre los dos. Durante su infancia había recibido amor y protección de su abuela pero también creía que su vinculación con la abuela resultaba ser una amenaza para su madre. Pude por tanto comprender en parte la denegación que la paciente hacía de sus necesidades y de sus sentimientos y la complejidad de sus relaciones internas de objeto y de sus comunicaciones externas en relación con el predominio de estas relaciones de objeto arcaicas.

De todos modos me era difícil hacer uso de esta comprensión cuando me dirigía a la paciente porque, al igual que en la interacción con su padre, para ella resultaba más seguro la creación de una atmósfera dominada en apariencia por la rebeldía, la discusión y los malentendidos con objeto de enactar estos patrones de relación. Como espero ilustrar, había períodos en las sesiones en que parecía estar enteramente atrapada en ataques odiosos, envidiosos, sádicos contra mí y el análisis. En otros momentos, su afecto, su apego y sus anhelos me resultaban más evidentes y también ella los reconocía.

Cuando la paciente relataba un sueño o mostraba otras evidencias de su parte más afectuosa y apreciativa, yo experimentaba una sensación de alivio como si hubiese encontrado la confirmación de algo que pensaba haber detectado y que había tratado de interpretar a la paciente. Era como si hubiera descubierto en la paciente a un aliado con el que sentía la necesidad de vincularme. Si yo mostraba cualquier agrado o entusiasmo en mi respuesta ella se sentía ansiosa y vulnerable y la llevaba a su vez a un ataque despiadado contra esta pareja cooperadora. Creo que este ataque representaba una manifestación de la envidia de la paciente, que surgía en una parte de ella que estaba identificada con una figura materna destructiva, envidiosa y celosa.

Durante el análisis ha habido cambios graduales pero importantes en la paciente que reflejan un mayor grado de integración. A menudo se muestra más capaz de arriesgarse permitiéndose y permitiendo al analista un mayor conocimiento y compromiso con un aspecto más afectuoso y reflexivo de su personalidad.

En la primera sesión que quiero describir, la paciente llegó un lunes por la mañana y anunció con una voz dramática y solemne que había venido en transporte público. Dijo que había sido como una expedición polar pero después añadió con una voz diferente que no había sido peor de lo que había imaginado, que de hecho las cosas habían transcurrido más bien sin complicaciones. Había pensado hacer el trayecto en autobús pero se asustó pensando que quizás no llegaría autobús alguno y perdería el tiempo miserablemente. Decidió pues venir en metro. Contó que había tenido problemas con su coche a finales de la pasada semana y pensó llevarlo al taller esta mañana, perdiendo por tanto la sesión. Después se dio cuenta de que podía dejar el coche en el taller el domingo por la tarde. Al darse cuenta de esto, sabía que esto es lo que iba a hacer y se sintió muy contrariada. Se preguntó por qué esto le fastidiaba tanto, ¿era a causa del esfuerzo extraordinario a que se había visto obligada esta mañana? ¿O los gastos que el coche le imponía y que de todos modos necesitaba para acudir al análisis? Empezó a cavilar sobre su situación económica y, al comienzo,

parecía indicar que tenía serias dificultades pero después, al seguir hablando, pareció descubrir que, en realidad, podía atender muy bien todos sus gastos.

Pensé que los comentarios iniciales de la paciente señalaban una escisión en ella, con la voz más bien solemne que expresaba sorprendida que se hubiera organizado para venir en transporte público. Su impulso inicial es comunicar de un modo en apariencia despreocupado que ella no hubiera sido capaz de venir y expresar su resentimiento por el esfuerzo y el dispendio que el análisis comporta. Esta actitud es contrapuesta a otra parte de ella que parece sugerir, de forma casi autónoma, que puede encontrar manera de llegar a la sesión -no es una expedición polar-, y encuentra la manera de resolver fácilmente el problema, en especial cuando descubre que tiene recursos suficientes para costear el análisis. Lejos de reconocer el menor agrado o alivio por este descubrimiento, ella afirma que esto le hace sentirse molesta y vulnerable y que se ha sentido traicionada por algo de ella misma que escapa a su control.

Había algo conmovedor en la comunicación de la paciente y pienso que confiaba en mí para reconocer y comprender el modo complejo en que ella expresa sus necesidades, sus deseos y los conflictos penosos que estos contratiempos le procuraban. Se podría pensar que hubiera sido posible hablar a la paciente de los diferentes aspectos de sí misma, de lo vulnerable que se sentía al reconocer sus deseos; y su capacidad de encontrar una manera de acceder al analista; que en contraste parece sentirse más cómoda en el papel de la persona que está despreocupada o resentida. Idealmente, una interpretación de este tipo reflejaría la capacidad y la voluntad del analista de reconocer y tolerar diferentes aspectos de la paciente y contenerlos en su mente. También representaría el intento del analista de fomentar un mayor sentido de integración de la paciente, explorando las relaciones internas entre sus diferentes aspectos.

Cuando en la sesión le hablé de los diferentes aspectos de sí misma que ella me había comunicado, la paciente quedó en silencio durante diez minutos y después dijo:

Me parece casi una tontería hacer tantos esfuerzos por venir y después quedarme sin decir nada. También podría decir: «Bien he llegado hasta aquí, ¿qué otra cosa quiere usted que haga?» No sé qué otra cosa puede decirse sobre el sentirse vulnerable. Bien, lo soy y no me resulta muy cómodo.

El resto de la sesión consistió en largos silencios o en réplicas tortuosas y defensivas a cualquier cosa que yo le dijera.

Vemos que la paciente está luchando en un interesante y conmovedor estado transicional. La escisión no es en modo alguno completa y se da más cuenta de la presencia de diferentes necesidades y deseos que bullen en su interior y del conflicto entre ellos. Sin embargo su capacidad de tolerar esta situación sigue siendo limitada. Por eso sus comunicaciones tienen una doble función: en primer lugar, asegurar que yo reconozca sus aspectos necesitados, dependientes y vulnerables así como los

ataques a que se ve sujeta; en segundo lugar, tan pronto tiene el convencimiento de que yo he comprendido y reconocido realmente algo de estos aspectos suyos, ella los deniega con algún alivio. Entonces yo soy el único que tiene conocimiento y responsabilidad por estos aspectos de ella. Lo que dijo en un tono entre familiar y provocativo: «Bien, ya he llegado, ¿qué más quiere usted de mí?», deja claro que no solo se supone que yo conozco estas cosas sino también que me toca asumir la experiencia de frustración, necesidad e impotencia.

En este punto y en una identificación casi total con un objeto envidioso, despojada de conflicto, de ansiedad y de culpa, ella se siente libre para atacarme y atacar, con un regusto sádico, la interacción más cooperativa y afectuosa entre nosotros. De todos modos, lo que impresionaba en esta sesión era que ella no podía perpetrar todo esto con el mismo éxito que tiempo atrás y seguía preocupada tanto por la noción de su vulnerabilidad como por tantos esfuerzos desperdiciados.

La sesión siguiente tuvo lugar en una mañana bella y soleada. La paciente estuvo callada durante quince minutos. Cuando le señalé su silencio respondió diciendo: «Estaba pensando en algo así como "y ahora, ¿qué?" Sé muy bien que decir esto no conduce a ninguna parte.» Después me dijo que se había encontrado pensando en Peggy, la hija de una amiga suya que era testaruda y difícil. Contó que el pasado verano había ido a un festival floral con su amiga. Las flores eran muy hermosas y exhibidas en ornamentaciones muy complicadas que la paciente admiró y disfrutó. Después Peggy dijo: «No me gustan las flores cortadas.» Mi paciente comentó que su amiga había tenido algunas dificultades para organizar el viaje pero ella y la amiga estaban disfrutando de modo que la afirmación de Peggy sonó intempestiva, como una explosión sorda. La paciente añadió: «Esto suponía también que teníamos que apegarnos con Peggy.»

v Aunque la paciente parece situarse firmemente en su provocativo y desafiante «y ahora, ¿qué?», ella aporta la historia de Peggy, asumiendo que yo voy a reconocer la complejidad de la situación en que se encuentra. Admite que tiene la capacidad de reconocer y valorar los esfuerzos que se hacen para organizar para ella algo que le resulte agradable, pero también puede reconocer su lado negativo, quejumbroso y exigente. Finalmente se da cuenta a medias de diferentes aspectos de sí misma tal como entran en liza en el material referente a Peggy. Está preocupada al darse cuenta de lo frustrante y difícil que es el trato con esta parte hostil, resentida y envidiosa de sí misma, pero este material revela su temor de que yo pudiera desear relacionarme tan solo con una parte de ella más cooperativa y apreciativa y por esto expresa que es muy importante el hecho de que uno se vea forzado a «habérselas con Peggy» que reclama una gran dosis de atención.

En la sesión que he referido intenté dejar claro el vínculo entre la persona que piensa empezar una sesión diciendo «y ahora ¿qué?» y lo que ella misma había reconocido hablando de Peggy. La paciente reaccionó vivamente diciendo: «Ella podría haber dicho "y ahora ¿qué?" si estaba esperando ver qué cosa desagradable se le había preparado a continuación.» Se detuvo un momento y luego añadió en un tono

diferente de voz: «Pero yo lo digo de una manera diferente, se podría decir más infantil, como si quisiera decir "y ahora, ¿qué puedo hacer?".»

Aquí la paciente parece referirse a dos aspectos diferentes de sí misma. En primer término se refiere a la parte familiar obstructiva y provocativa que espera ver cuanta frustración y hostilidad ha despertado y qué consecuencias desagradables la esperan. Pero también se refiere (más excepcionalmente) a una parte desvalida, infantil de ella misma que puede haber sentido que yo no reconocía adecuadamente y que a menudo quedaba eclipsada o dominada por su conducta negativa.

Cuando le comenté algo de esto a la paciente, me escuchó atentamente y dijo que suponía que debería ser posible controlar lo que se hablaba para no hacerles la vida imposible a los demás. Pero añadió que Peggy no podía disfrutar del festival floral por mucho que lo intentara.

Le dije que ella se encontraba en una posición más difícil. Yo pensaba que ella era capaz de disfrutar e interesarse en el análisis pero luego, como Peggy, parecía sentirse movida a estropearlo y esto le resultaba tan gratificante que no podía controlarse ni actuar de otro modo.

Respondió inmediatamente en un tono polémico afirmando que lo que le decía era muy difícil de aceptar. No pensaba que sacara satisfacción alguna al comportarse así. Podía darse cuenta de que era equivocado sacar satisfacción del hecho de rechazar una actividad o tratando de demostrar que lo bueno es malo. Era muy satisfactorio pero uno no tendría que proceder así. Si yo tenía razón al decir que ella sacaba satisfacción al obrar así, se avergonzaba de ello. No quería pensar que yo tenía razón. Dijo: «Siento como si dijera "voy a disfrutar con esto, pese a quien pese, por encima de mi cadáver" lo que suena, supongo, como una actitud muy Peggy pero que no se va a esfumar por el hecho de que yo no piense que es muy atractiva.»

En este punto la paciente declara reconocer los diferentes aspectos de sí misma que se han manifestado en su comportamiento y se han representado en su material. Se siente más cómoda con aquella parte suya representada por la Peggy difícil, retentiva y aguafiestas pero también transmite su malestar en el conflicto entre los diferentes aspectos de sí misma. No puede retroceder fácilmente a una especie de negativismo triunfante, puede ver sus consecuencias destructivas y no puede insistir diciendo sinceramente que es una cosa buena. Mi referencia a la gratificación implícita la hace sentir muy incómoda y aunque está un poco inclinada a denegarlo no puede hacerlo del todo. Excepcionalmente también reconoce que Peggy no puede valerse por sí misma y se da cuenta de la demanda desesperada que se trasluce en la conducta de Peggy. Y así, cuando el análisis ha ido progresando, ha habido una disminución de la necesidad con que tenía que recurrir a los mecanismos proyectivos; también puede reconocer con más facilidad la existencia de diferentes aspectos que le pertenecen, que son una fuente de conflicto y dolor y que no han de ser totalmente rechazados.

COMENTARIO

He descrito la situación en que el analista toma conocimiento de las diferentes partes de la personalidad del paciente y se ve de lleno en la tarea de encontrar la manera más eficaz de utilizar esta comprensión de los mecanismos subyacentes en su intento de promover un cambio psíquico. Y así, por ejemplo, puede parecerle útil comunicar al paciente que el analista reconoce en la personalidad del paciente la existencia de elementos amorosos y destructivos, elementos prestos a la cooperación al lado de otros al servicio de la resistencia.

El analista puede temer que la interpretación directa de la fantasía, manifestada más inmediatamente en la sesión, sea experimentada por el paciente como algo demasiado amenazador, demasiado crítico o demasiado seductor. Si dispensamos una interpretación explicativa, más equilibrada, el analista confía que podrá evitarse el surgimiento de un cierto grado de ansiedad que interferiría la posible responsabilización del paciente debido a la comprensión lograda. Estas interpretaciones también pueden tratar de preservar una imagen del analista como una figura de apoyo, relativamente benigna, capaz de ofrecer al paciente una perspectiva de ayuda.

Creo que este modelo de interpretación tiene un cierto valor y puede en realidad ser importante, útil y hasta necesario en ciertos momentos. De todos modos, es también importante reconocer que las fuerzas dinámicas inconscientes del paciente, resultantes de la escisión y la identificación proyectiva con que el analista se encuentra, están operando en aquel momento en la sesión y, en mi opinión, afectan necesariamente al analista. Es probable que surjan fantasías y ansiedades en el analista que concuerdan con las del paciente. Creo que con frecuencia estas ansiedades mueven al analista a hacer una interpretación explicativa en la cual describe diferentes partes de la personalidad del paciente y de sus interacciones.

Debido a la presencia persistente de estos mecanismos defensivos y de su fuerza, el paciente aunque es capaz de comprender intelectualmente estas interpretaciones no puede utilizarlas para ganar insight y promover la integración psíquica. Estas interpretaciones explicativas pueden también comunicar inconscientemente al paciente algo de las ansiedades del analista al dirigirse directamente al amor, al odio o a las fantasías perturbadoras que están en primer plano en aquel momento de la sesión. Puede darse pues una presión hacia la colusión al crearse una atmósfera aparente, propia de una charla y una comprensión mutua pero que evita las fantasías amenazadoras subyacentes (O'Shaughnessy, 1992).

Estas complejas cuestiones imponen exigencias considerables al juicio, al tacto y a la sensibilidad del analista. Con frecuencia es tan solo la reacción del paciente a estos intentos interpretativos lo que pone en guardia al analista para vislumbrar el grado de identificación del paciente con una parte determinada de su personalidad y la renegación activa de otras partes, como he ilustrado en el primer caso. La respuesta del paciente también puede transmitir hasta qué punto experimenta la interpretación

como surgida de un objeto amenazador y turbador (que el paciente puede considerar igualmente perturbado). Puede sentir que este objeto trata con tesón de anular sus procesos de escisión y proyección. Esta experiencia es susceptible de provocar nuevos procesos defensivos en el paciente en lugar de fomentar su insight y su desenvolvimiento.

En el primero de los casos descritos, aunque el Sr. P. se refería a varias partes y a diferentes puntos de vista, unos y otros se sentían desconectados y difíciles de seguir. Ninguno de ellos parecía pertenecer propiamente a la persona que me estaba hablando. Pensé que su tono y su manera de responder a mi interpretación me indicaban que él estaba casi totalmente aplicado a vivirse, a ser alguna versión de un analista. No creo que dirigiéndome al contenido de su comunicación pudiera él ampliar su propia comprensión o la mía. Su necesidad defensiva de evitar ansiedad y culpa, desvalimiento y confusión así como preocupaciones reales acerca de sí mismo y de su análisis, le llevaron a ir en pos de la «curación» omnipotente de su amiga y del herbolario chino. Sus reacciones confirmaron que la escisión y la proyección eran de tal naturaleza que se situó casi en el papel de ser el analista presto para cierto tipo de debate o polémica pero no asequible al trabajo analítico.

Esta situación se veía reforzada por la necesidad del paciente de defenderse ante un analista que había sido transformado por las proyecciones de partes perturbadoras de sí mismo y también afectado, en realidad, por la frustración, la provocación y las preocupaciones inducidas por el paciente. Esta es una combinación molesta y perturbadora para el analista. Puede ser llevado a enactaciones defensivas, en forma de comentarios colusivos reaseguradores, acusaciones y reproches. Alternativamente el analista puede extenderse en complejas interpretaciones explicativas acerca del funcionamiento de las diferentes partes del self y continuar así ante la evidencia de que el paciente es incapaz de utilizarlas entonces de una manera consecuente y reflexiva.

La paciente presentada en segundo lugar, dramatizaba vívidamente los conflictos entre las diferentes partes de su personalidad. Fue posible comprender la necesidad de la señorita S. de denegar y a veces atacar partes de su personalidad que, de todos modos trataba de asegurar que su analista se diera cuenta de ello y que ella podía aunque solo por momentos, reconocerlas también. A veces el grado de escisión y proyección que utilizaba para mantener aquella organización defensiva hacía difícil encontrar la manera de dirigirse a las partes repudiadas o a los conflictos que generaban. Cuando disminuyeron las ansiedades que conducían a la escisión pudo tolerar un mayor sentimiento de propiedad de los aspectos de sí misma que ahora ya no se proyectaban ni se repudiaban con tanta fuerza. El mayor grado de integración daba lugar en ciertos momentos a la experiencia de las necesidades y de la pérdida; también a la experiencia del conflicto que se daba ahora entre diferentes fuerzas dentro de ella. Era mucho más fácil dirigirse a ella en estos momentos sin hacer referencia a las partes del self, y a creer que podía escuchar y pensar en la interpretación como interpretación.

De todos modos, cuando la paciente abordó la ansiedad y el sufrimiento en un estado de mayor integración demasiado difícil de soportar, se protegió recurriendo a los mecanismos más familiares de escisión y proyección. Una consecuencia de la identificación proyectiva es que el analista llega a identificarse parcial o totalmente con un objeto que posee los elementos que el paciente ha tenido que repudiar. El analista entonces se siente sujeto a la proyección inconsciente de fantasías de las relaciones arcaicas de objeto y también a lo que se evoca en él por las respuestas del paciente. Ya he señalado que el impacto de estos procesos puede llevar al analista a enactaciones defensivas (véase Feldman, 1997).

Si podemos permitirnos prestar atención a las respuestas del paciente a tales interpretaciones, podemos reconocer que en este punto es incapaz de escuchar, de comprender y pensar en el contenido de la interpretación o en aquello que le afecta interiormente. Podemos entonces tomar en consideración la falta de integración y la necesidad forzada de repudiar partes de la personalidad así como la preocupación y el miedo que el paciente experimenta en relación al carácter y a las motivaciones del analista. Esto podría entonces permitirnos incluir una interpretación que pudiera abordar, de forma adecuada, la situación del paciente en aquel momento y que este pudiera reconocer y comprender.

Aun así y aunque esto podría verse como una posición razonable y apropiada a adoptar por el analista, es interesante esforzarse en comprender las presiones que actúan sobre el analista y que se oponen activamente a este abordaje durante la sesión. Sospecho que el analista, como el paciente, siente perturbador el contacto directo con los estados más primitivos de la mente del paciente y de sí mismo. El analista puede responder hablando de un modo que expresa el deseo ansioso de una interacción más «razonable» con un paciente más razonable. Creo que Strachey (1934) se refiere a la presión por parte del paciente, en estos términos:

La situación analítica está amenazada en todo momento de degenerar en una situación «real». Pero esto en realidad significa lo contrario de lo que aparenta. Significa que el paciente está todo el tiempo a punto de convertir el objeto real externo (el analista) en un objeto arcaico: es decir, está a punto de proyectar en él sus imagos primitivas introyectadas (Strachey, 1934: 145).

De todos modos, más tarde, en este trabajo, se refiere también a las dificultades que surgen en el analista cuando está en contacto directo con los impulsos y las fantasías primitivas del paciente:

Todo esto sugiere claramente que dar una interpretación mutativa es un acto tan crucial para el analista como para el paciente y que se corre un gran peligro al hacerlo. Y esto a su vez se hará inteligible si reflexionamos que en el momento de la interpretación el analista está, de hecho, evocando deliberadamente una cantidad de energía del Ello del paciente en el momento en que esta es viva, actual y nítida y dirigida directamente a él. Este momento, por encima de todos los demás, pone a prueba la relación del

analista con sus propios impulsos inconscientes (Strachey, 1934: 158).

Sin embargo, y paradójicamente, una vez que el paciente ha podido alcanzar un mayor grado de integración y está en potencia más dispuesto a escuchar y comprender una interpretación sobre «las partes del self», tales interpretaciones son probablemente de utilidad limitada. Como he señalado antes cuando un paciente se siente más integrado el analista está también menos inclinado a dar interpretaciones explicativas acerca de las diferentes partes del paciente. Creo que a veces con el segundo paciente que he descrito, al darme cuenta de que estaba tratando con una persona entera, mucho más consciente de su conflicto interno, no sentía ni necesario ni adecuado hablarle de partes de sí mismo; por otro lado no hubiera supuesto reconocer y alentar lo suficiente el grado de integración que se había conseguido.

RECONOCIMIENTO

Una versión anterior de este capítulo se publicó con el mismo título en *International Journal of Psycho-Analysis*, 2007, 188 (2), 371-386.

CAPÍTULO 9

«Estaba pensando...»

El cuento de hadas tradicional inglés empieza así: «Once upon a time...» («Érase una vez...»). Este comienzo conlleva una familiaridad que nos tranquiliza. Nos permite la exploración de una serie de deseos y conflictos fundamentales, localizando los hechos que se describen, en un tiempo indefinido y casi siempre en un lugar también indefinido. El niño está reasegurado de que la madrastra malvada, el padre cruel o la bruja malintencionada no están directamente relacionados con la madre, el padre o los hermanos de la realidad y ciertamente tampoco con la persona que está relatando el cuento. También hay implícita la promesa de que el cuento terminará con el castigo o la destrucción de los malos y que las figuras buenas vivirán felices para siempre.

En el análisis no es raro que los pacientes empiecen la sesión diciendo: «Estaba pensando...» o con alguna variante de igual sentido. Esto es la referencia de un proceso que describimos como «pensamiento» que ocurre en un lugar y un tiempo diferentes de aquel en que los pacientes se encuentran cuando están hablando al analista. Se plantea el problema de la naturaleza de la relación que se da ahora en el consultorio y la persona de la cual se informa al analista. ¿Cuán cerca o cuán distante se halla la persona que habla, con respecto a los pensamientos, experiencias y sentimientos a los que está aludiendo? ¿Cómo está situado el analista en relación al que le habla y a lo que el hablante está evocando? Quiero explorar la función que utilizan los pacientes para conservar este modo narrativo y que les permite mantenerse como un guía o un comentarista que invita al analista a prestar atención, a ser testimonio de algo que va a provocarle variadas respuestas, interés, simpatía, admiración, crítica o perturbación.

Como espero ilustrar, esta manera de «organizar» el encuentro inicial y la primera parte de la sesión representa los intentos del paciente de acomodarse con emociones intensas, a menudo muy primitivas, evocadas en el contacto inmediato con el analista en el cual se proyectan intensas fantasías arcaicas. Este contacto puede suscitar excitación y deseo pero yo voy a considerar en particular las ansiedades claustrofóbicas y paranoicas evocadas en el paciente (Rey 1988a). También el analista se da cuenta, consciente o inconscientemente, de las fantasías intensas y perturbadoras que surgen en él a causa de las proyecciones del paciente. A consecuencia de ello el analista es propenso a la colusión con las oscilaciones del paciente para tomar distancia y modular la intensidad de la experiencia, refiriéndose a hechos y experiencias que tuvieron lugar en otro momento o en otro lugar; o pensando en lo que el paciente había estado pensando, soñando o recordando.

En su trabajo sobre la acción terapéutica del psicoanálisis Strachey (1934) escribe:

La señora Klein me ha sugerido que debe haber alguna dificultad interna muy especial que el analista tendría que superar al dar las interpretaciones. Y estoy seguro de que esto se aplica en particular a la formulación de las interpretaciones mutativas. Esta dificultad se revela en el proceder de los psicoterapeutas de escuelas no analíticas que evitan dar este tipo de interpretaciones; pero muchos psicoanalistas podrán verificarse con la misma tendencia (Strachey, 1934; 158).

Strachey especula acerca de:

Una oscura dificultad en la concreta formulación de la interpretación, ya que parece haber una tentación constante del analista a hacer algo diferente. Y así, puede hacer preguntas, o puede tranquilizar o dar consejos o hacer discursos sobre la teoría, o puede dar interpretaciones; pero interpretaciones que no son mutativas, interpretaciones extratransferenciales, interpretaciones que no se refieren a lo inmediato, que son ambiguas o inexactas; o puede dar dos o tres interpretaciones alternativas simultáneamente; o puede dar interpretaciones y al mismo tiempo expresar su propio escepticismo sobre lo que ha dicho. Todo esto sugiere decididamente que dar una interpretación mutativa es un acto crucial tanto para el analista como para el paciente y que se expone a un gran peligro al hacer esto. Y esto a su vez se hará inteligible si pensamos que en el momento de la interpretación, en realidad el analista está evocando deliberadamente una cantidad de energía del Ello del paciente, una energía que es viva, actual y nada ambigua que va dirigida directamente a él. Este es un momento que, más que ningún otro, pone a prueba sus relaciones con sus propios impulsos inconscientes (Strachey, 1934: 158 -las cursivas son mías).

Creo que Bion ha abordado un problema similar en su último artículo «Making the best of a bad job» («Sacando el mejor partido de una mala profesión») dado a conocer en 1979. Señala que cuando dos personalidades se encuentran, si hay contacto suficiente para reconocerse entre sí, crean una «tempestad emocional». De inmediato uno no sabe qué es la tempestad emocional pero el problema es cómo sacar el mejor partido de ello (Bion, 1979/1987: 247). A lo largo de este libro me estoy refiriendo al fenómeno de que tanto el analista como el paciente se ven perturbados de diferentes maneras y en distintos grados por aquella tempestad. Creo que la expresión de Bion -«sacar el mejor partido»- se refiere a la lucha para darse cuenta de este hecho, tolerar la experiencia y empezar a analizar la naturaleza del trastorno con objeto de aprender lo que uno pueda de la naturaleza de las emociones y de las fantasías evocadas en una y otra parte.

Bion invoca una analogía militar:

En la guerra el objetivo del enemigo es aterrorizarte hasta el punto de que no puedas pensar con claridad, mientras que tu objetivo es seguir pensando con claridad por adversa o terrorífica que sea la situación. La idea

subyacente es que pensar con claridad nos conduce mejor a darnos cuenta de «la realidad», de dirigirnos más adecuadamente a aquello que es real (Bion, 1979/1987: 248).

De todos modos, la realidad así descubierta puede ser desagradable y amenazadora y podemos sentirnos inclinados a apartarnos de lo que encontramos, a escapar física o psíquicamente. Esto puede adoptar la forma de ignorar lo que es difícil de tolerar, o de irse a dormir o de recurrir a fantasías omnipotentes cuando nos vemos confrontados con un sentimiento de desamparo.

Estoy señalando que podemos observar y experimentar estas intensas ansiedades al comienzo de la sesión y seguir la pauta con que el paciente se dispone a manejarlas. El punto que Strachey y Bion señalan también, es que los analistas están sujetos a intensas ansiedades siempre que se mantengan en contacto directo con las fuerzas inconscientes del paciente y con las propias; y que para sobrevivir psíquicamente y recuperar su capacidad de pensar, también ellos pueden iniciar movimientos defensivos o entrar en colusión con los de sus pacientes.

PRIMERA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

Quisiera comentar un caso de análisis tratado por un colega que creo que ilustra alguno de estos puntos.

La paciente, la Sra. C., empezó la sesión de esta manera:

En la sala de espera estaba pensando en la última vez... estaba pensando en el tiempo y el dinero... pienso que es verdad esto... Mi marido tiene dificultades con las limitaciones y con el dinero, y yo tengo las mismas dificultades. En realidad, durante los siete u ocho años últimos nuestra situación económica ha ido para abajo. Al envejecer, por lo general, la situación económica va mejor... pero fueron tantos años...

La paciente continuó hablando de una manera vaga y oscura de sus problemas económicos y del dilema que se le planteaba por si tenía que recuperar su trabajo de maestra a tiempo parcial. Acabó diciendo «No han ocurrido muchas cosas en lo económico, todo está igual.»

El analista señaló hasta qué punto la paciente dejaba las cosas poco claras en la sesión para no verse llevada a hablar de las urgencias económicas (que también estaban relacionadas con la continuidad de su análisis) con el riesgo de sentirse abrumada. La paciente respondió:

Sí, desde que le hablé de lo que nos está ocurriendo, supongo que usted se dio cuenta de que yo me sentía más cómoda hablando de mi marido y de sus dificultades con el dinero. Ya veo que nos apartamos del tema, es por esto que le he dicho que no ocurre nada nuevo. Últimamente me fui de la

sesión hablando de cómo me vació aquí de lo que me ocurre. He pensado en esto. Tengo el sentimiento de que no sé lo que he recibido, si es bueno dejarlo de lado o no.

El analista dijo: «~Se refiere a lo que recibe de mí?»

La paciente dijo: No pienso que se refiera a lo que recibo de usted. Pero puede ser que se refiera a mi madre, cuando yo me iba haciendo mayor. Tenía la impresión de que tenía que tragarme las ansiedades y preocupaciones de la persona y ser alimentada al mismo tiempo. Sin saber si lo que me tragaba era lo bastante bueno para conservarlo.

Tuve este sueño la última noche. Estaba con mis hermanas en casa. Íbamos a alguna parte. De pronto fuimos a ducharnos pero con los vestidos puestos. Corría el agua y nos mojábamos. Empecé a vomitar en la ducha. Vomitaba y nada estaba digerido. Trozos grandes de zanahoria sin masticar, trozos enteros no digeridos. Era extraño.

Inmediatamente después la paciente se puso a hablar en un tono familiar y vago sobre las dificultades en su matrimonio, las quejas recíprocas entre ella y su marido, su trabajo, etcétera.

El analista comentó que todo esto empezaba a parecerse a su sueño: ella estaba vomitando todos estos pedazos, fragmentos de cosas no digeridas.

COMENTARIO

La paciente empieza la sesión, después de haber urdido en la sala de espera un entramado en torno suyo, diciendo: «En la sala de espera he estado pensando en la última vez...» y se refiere de un modo un tanto oscuro a las dificultades con las limitaciones y el dinero que su marido tiene, que ella tiene, a como han ido las cosas los últimos años; la situación económica se ha ido a pique, dice, pero después añade que no ha ocurrido nada especial, todo es lo mismo. Utiliza su experiencia previa del análisis así como su propia experiencia de lo que ocurre para adelantarse y defenderse de este modo de las interpretaciones del analista. Sospecho que esto es probablemente la función de afirmaciones tales como: «Ultimamente me fui de la sesión hablando de cómo me vació aquí de lo que me ocurre. Pensé en esto. Tengo el sentimiento de que no sé lo que he recibido, si hago bien en dejarlo de lado o no.»

Las intervenciones del analista representan indagaciones de lo que está ocurriendo entre ellos durante la sesión. La paciente rechaza inmediatamente la idea de que el proceso a que ella alude tenga algo que ver con lo que recibe del analista y se pone a hablar de su madre en el pasado y a hacer referencias más bien vagas de la ansiedad de sentirse atiborrada de las ansiedades de otra persona mientras está siendo alimentada. Después aporta un sueño que había tenido la noche anterior.

Pienso que podemos ver que la manera como la paciente empieza la sesión corresponde al «Erase una vez...». La función de «en la sala de espera estaba pensando» es para proteger a la paciente de las intensas ansiedades inconscientes evocadas por el encuentro con el analista, que representa una figura arcaica amenazadora. La naturaleza de estas ansiedades se deja clara a medida que la sesión se desarrolla. La paciente se esfuerza en defenderse de llegar a un contacto directo con el analista al cual se experimenta como alguien que en apariencia está alimentando cuando en realidad llena al paciente con sus propios contenidos psicóticos como la paciente piensa que hacía su madre. El sueño de la noche anterior lo tiene presente cuando llega al consultorio y para asegurar que ella y sus hermanas se mantengan «con los vestidos puestos» en la ducha sin estar demasiado expuestas entre ellas en un espacio tan estrecho, se sintió movida a prevenir la intrusión del analista utilizando referencias más bien vagas a las circunstancias externas así como a su conocimiento de formulaciones analíticas previas. Aun así, después de las intervenciones del analista pudo aportar el sueño que reflejaba hasta qué punto, y pese a sus estrategias defensivas, sintió que había sido invadida por contenidos psicóticos, en principio de su madre y ahora del analista. Había sido atiborrada de fragmentos indigestos e indigeribles, que se presentaban con la apariencia de un alimento nutritivo y protector, que ella se veía obligada a vomitar de forma incontrolada.

El contacto con el analista y la experiencia que la paciente tenía del estado mental del analista en el presente, por lo que se reflejaba en sus intervenciones, parece haber disminuido la ansiedad paranoide hasta el punto de que la paciente pudo comunicar aquellas ansiedades en palabras e imágenes. Pero una vez las hubo expresado se replegó por buena parte del resto de la sesión en interacciones complejas, a menudo polémicas con el analista. Daba la impresión de que a cierto nivel sentía que había expelido realmente, de forma concreta, los fragmentos y pedazos a medio digerir y que tenía que protegerse de ulteriores intrusiones.

Me parece que estos cambios dinámicos que a menudo son muy evidentes al comienzo de la sesión tienen su interés e importancia. La paciente tiene la tarea de habérselas en el encuentro con un objeto que inconscientemente encarna una serie de poderosas características primitivas y evoca respuestas intensas de deseo y de temor. Como Klein ha señalado, si los bebés no fueran capaces de escindir y proyectar sus ansiedades paranoides y claustrofóbicas en relación con el pecho tendrían grandes dificultades para alimentarse en lo más mínimo. Si Hansel y Gretel que se sentían abandonados, asustados, hambrientos y perdidos se hubiesen permitido «saber» la naturaleza de la vieja mujer de la casa del bosque adonde habían ido a parar, podrían haberse sentido movidos a seguir caminando en busca de seguridad, alimento y cobijo. En lugar de esto, en este mundo del «Érase una vez» se sienten acogidos en un lugar cálido y generoso, tienen una buena comida y solo después «descubren» (o redescubren) la naturaleza del objeto que los ha capturado y que amenaza con devorarlos.

SEGUNDA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

El paciente que voy a comentar es un hombre joven, el Sr. W. En su infancia tuvo una estrecha relación con su madre, de dependencia mutua, pero después se vio expuesto a muchas dificultades y a separaciones dolorosas. Su padre murió hace pocos años, y el Sr. W. siente la necesidad de protegerse de aquello que experimenta como exigencias invasoras y posesivas que le imponen las enfermedades físicas, la depresión y la soledad de su madre. Al principio sintió un gran alivio por estar en análisis. Sentía que se le escuchaba y estaba sorprendido y conmovido de que yo pudiera estar interesado por lo que él me contaba de su vida y que pudiera recordar cosas que me había dicho. Al cabo de unos meses empezó a mostrarse ansioso y claustrofóbico en el análisis. Creo que sentía que sus necesidades, su dificultad de saber y pensar por su cuenta le llevaron a invadir mi mente y mi cuerpo para tomar posesión de mi manera de pensar y de funcionar, cosa que le permitiría comprenderse y comprender a los demás, igual que yo, o de un modo superior al mío.

Sin embargo más tarde le resultó incómodo verificar cuán vulnerable y dependiente se sentía. Conscientemente se veía en peligro de estar «dominado» por el proceso analítico, por mis palabras y mis pensamientos que a menudo incorporaba y que después se daba cuenta de que los repetía como propios. Pienso que estaba atrapado en un proceso cíclico en que él invadía al analista para después sentirse amenazado por ansiedades claustrofóbicas de las que tenía que defenderse. Se esforzaba en mantener una distancia por varios meses. Habitualmente llegaba tarde y podía adormecerse durante la sesión, con frecuencia a mitad de una interpretación. Cuando se daba cuenta de que había perdido la mayor parte de lo que yo le había dicho se sentía molesto y trataba de ocultar lo que había sucedido. Podía reconocer cuán asustado se sentía de tener que aguantar toda una sesión o la semana entera.

Gradualmente me hizo darme cuenta de los límites de su capacidad para escuchar y para incorporar algo. Más allá de cierto punto se sentía amenazado y creía necesario «desconectar». Algunas de las fantasías subyacentes a estos mecanismos se manifestaron con más claridad, como espero ilustrar.

Un rasgo sobresaliente de las sesiones a las que quiero prestar atención es la manera que tiene el paciente de iniciarlas. Me presenta una descripción detallada de sus actividades o sus formulaciones acerca de sus motivaciones y de su manera de pensar. Puede urdir una compleja narrativa que tiene una calidad absorbente e invasiva. Esto se experimenta mucho más como una manera de tomar control posesivo de mi mente que como un modo de comunicación simbólica. Al mismo tiempo, la calidad impenetrable de su pensamiento y su discurso tenía claramente una función protectora (como la otra paciente, la Sra. C., que no se sacaba sus vestidos bajo la ducha y que trataba de adelantarse a las interpretaciones del analista). Por largos períodos en la sesión yo no estoy invitado a intervenir salvo para hacer comentarios de apoyo, críticos o apreciativos.

Y así, del mismo modo que en este capítulo me centro en las defensas del

paciente contra particulares ansiedades claustrofóbicas, se podría explorar también el grado de vinculación de estas ansiedades con las fantasías del paciente y con sus violentas intrusiones posesivas.

1 En la sesión que voy a describir brevemente, el Sr. W llegó diez minutos tarde y empezó hablando muy deprisa. El trasfondo de esta sesión es que su madre, que vive sola fuera de Londres, ha tenido recientemente una operación ortopédica. El Sr. W. está aterrorizado por la presión que siente al abandonar su propio trabajo y estudio y trasladarse a la casa de su madre para cuidarla. Otro punto que vuelve a surgir en esta sesión, que está relacionado con su pánico de ser dominado por su madre, es la preocupación del Sr. W. por la forma y apariencia de su cuerpo y por los rasgos del mismo que son parecidos a los de su madre. Toma esto como una evidencia concreta del grado en que ella ha tomado posesión de su cuerpo. Detesta mirarse al espejo y apenas puede hablar de esto.

Empezó diciendo:

Cuando llego aquí es tan difícil no intentar organizar lo que podría decir, reunir mis excusas y razones, pensamientos y explicaciones. Ahora mismo me sorprendí haciendo esto. Hablé con mamá camino de la sesión. Intenté llamarla esta mañana pero mi tía la estaba visitando, de modo que le dije que la llamaría más tarde. Y la llamé mientras iba a coger el metro desde mi trabajo. No pienso que por eso hubiera andado más despacio pero lo cierto es que esta llamada ha cambiado mi humor, me lo ha empeorado. Esta mañana he recibido un mensaje electrónico de mi hermano; había visitado a mi madre durante el fin de semana, para cuidar de ella. Él podría estar allí el próximo fin de semana pero no podrá estar el fin de semana siguiente.

El Sr. W. quedó en silencio y se fue desconectando hasta adormilarse. Dijo luego:

Estoy casi sin saber lo que iba diciendo... Me doy cuenta de que no he organizado nada para aquel otro fin de semana. Naturalmente esto supone que él no se comprometía... Era un fin de semana que yo quería dedicar a trabajar en mi proyecto. Aún en el caso en que mi familia supiera que tengo trabajo por hacer no creo que me resultara fácil quedarme en Londres y decirles que no tengo más remedio que quedarme y que no puedo ir y ayudarles. Cuando hablé con mamá no le dije que iría, no lo tenía decidido todavía. Ella me estaba comentando los cuidados que recibe y que lo que necesita no puede tenerlo en Inglaterra. En Francia y en Irlanda hacen hidroterapia. Te mandan a un centro en donde te hacen tratamiento todos los días. Aquí no organizan nada de esto y si ella quisiera acceder a estos tratamientos tendría que desplazarse muchos kilómetros.

Suspiró y estuvo en silencio algunos minutos. Me di cuenta de que probablemente se había adormilado.

No estoy... cansado, no tuve una jornada particularmente fatigosa y he tomado un café viniendo para acá, he intentado llegar bien dispuesto. Pensaba que me iba a mantener despierto, es muy raro estar a mitad de una frase o de un comentario y entonces...

Suspiró y después se quedó callado.

El viernes por la noche salí con algunos amigos. Como es frecuente ahora, la gente tiene sus teléfonos móviles con cámara incluida y los usan para hacer fotos. Había una pareja de chicas que conozco. Una de ellas es soltera. La conozco desde hace algunos meses y sé que disfruta con mi compañía. La encuentro muy atractiva pero sospecho que ella no me encuentra atractivo. Estuvimos haciendo fotos en un club nocturno; casi siempre soy yo el que hace las fotos, en parte para no molestar a la gente y también porque así yo no salgo en las fotos. La pasada noche pusieron las fotos en el facebook, aquella web en donde cuelgan las fotos de las fiestas de sociedad y después van diciendo a la gente que allí están sus fotos. Uno puede ver las fotos en donde sales y si no te gustan, puedes eliminar la nota que dice que tu estás en ellas. Habían colgado unas veinte fotos de mí que es más de lo que ocurre normalmente durante un par de meses.

Era terrible verme desde ángulos insospechados. Es horroroso ver la cara que hago. Estaba sonriendo en un par de fotos, sonriendo, riendo, pasando un buen rato con mis amigos. Quedé pasmado. No podía soportarlo (suspiró). De todos modos el impulso que me mueve a manifestarme no dura mucho porque depende del fastidio y no de la creencia de que puedo cambiar.

Le dije que yo creía que estaba muy preocupado ante la perspectiva de verse atrapado e invadido por mis observaciones y mis comentarios; que sentía que yo estaba tratando de tenerlo bien sujeto y escrutado como le ocurría con las muchachas que le fotografiaban en diferentes posturas. Esto le dificulta tolerar mis interpretaciones de lo que yo encuentro en él y por eso no tolera escucharme hasta el final de una frase o comunicarse ampliamente, lo que me permitiría acceder a algo suyo que él no quiere conocer. Pienso que esto corresponde al mismo temor que sentía de quedar atrapado en el campo por las exigencias de su madre y su hermano. Estas situaciones son casi insoportables y ha de encontrar una distancia para poder tolerar la situación. Es mucho más fácil si adopta la posición de ir tomando fotografías o explicarme las cosas y analizarlas en mi lugar.

Hubo entonces un largo silencio.

Comenté que una vez más parecía que, de una manera refleja, había sentido la necesidad de alejarse. Pensaba que tenía que hacer eso para protegerse de algo que, en realidad, había sentido demasiado intrusivo, demasiado posesivo y exigente.

El Sr. W. suspiró y quedó en silencio durante quince minutos.

No sé qué decir. No sé qué cosas he podido perder de lo que me decía... otras cosas se pierden también... Y no tengo la más mínima idea... me doy cuenta de que tampoco sé el porqué... lo que usted me dice de las diferentes razones, tiene sentido, pero... es muy difícil... solucionar... la razón de las razones, por así decir. Lo que es frustrante es que realmente no lo sé. Vengo aquí algunos días y pienso que guardo la actitud adecuada, o el humor, pero cuando surge, cuando lo digo no está bien y no es constructivo. Y luego, otros días... no sé lo que estoy diciendo o por qué lo digo pero usted parece que es capaz de hacer de ello algo constructivo. Y no tengo ningún control sobre todo esto. No hay manera de comprenderme.

COMENTARIO

Desde el comienzo de la sesión, o mejor dicho antes de llegar, el Sr. W. ha de hacerse cargo de las intensas ansiedades claustrofóbicas asociadas al objeto invasor, posesivo por el que se siente atrapado, también en su interior. Le resulta muy amenazador sentirse observado directamente mucho más que cuando lo es a través de sus formulaciones explicativas. Se siente invasivo pero también se asusta de que yo reconozca la identificación infantil psicótica con su objeto, con su madre, que él piensa que se revela por el perfil de su cuerpo; o que reconozca la identificación con su analista que se revela por su forma de pensar y hablar. Las ansiedades claustrofóbicas manifiestas de quedar atrapado en casa de su madre, en el campo, atrapado en el cuerpo y en la mente de ella se reflejan en su terror de ser capturado en el análisis y poseído por mis palabras y mi mente. En consecuencia ha de tomar constantemente medidas desesperadas para protegerse. Tiene que regular la distancia llegando tarde o perdiendo sesiones, y al comienzo de las sesiones ha de dar largas explicaciones. Como en la ilustración anterior, estas explicaciones se adelantan a mis interpretaciones y las dejan de lado y así se protege el paciente de ansiedades más primitivas, cuya naturaleza emerge más claramente después durante la sesión. Si estas medidas fracasan ha de desconectar y retraerse en un estado soñoliento en que se siente protegido.

LA SESIÓN SIGUIENTE

A la siguiente sesión el Sr. W. llegó de nuevo diez minutos tarde.

Dijo después de un silencio:

Supongo que al entrar aquí estaba... pensando en lo que iba a decir... Lo que ronda por mi cabeza es muy abstracto... es muy difícil de... cómo intentar concentrarme en algo específico. Me parece que lo específico es que cuando venía hacia aquí, en el metro, estaba muy tranquilo escuchando un documental del servicio mundial de la BBC (British Broadcasting Corporation) en mi Ipod... vine tan deprisa como pude, ¿sabe usted? No es como cuando llego aquí con mucho retraso. En estos casos estoy aterrorizado

desde que salgo del despacho o cuando estoy todavía en el despacho. No es lo mismo cuando llego aquí muy pronto con diez minutos para ir desde el metro hasta aquí y no sé qué hacer conmigo mismo.

Es casi como si esto estuviera dentro de mi zona de seguridad, cuando pienso en eso es realmente difícil ser razonable. Pienso en las cosas que no he ordenado del todo. Pienso en otras cosas que no he conseguido aclarar. Oscilo desde ignorarlas por completo, no tomando la responsabilidad, lo cual es una frase... (el paciente se refiere a una frase familiar que a menudo citaba, que era utilizada por su familia en relación a él y con la cual, a veces, trata de ponerse en marcha). Por el camino trataba de no hacerlo pero las frases se enganchan en mi cabeza, como si me fustigara con una rama. Oscilo entre esto y en golpearme realmente, un verdadero fastidio y autoflagelación. En cierta manera este fastidio y este pánico y preocupación es solo otra variante, se apodera de mi mente cuando hago esto en lugar de hacer lo que debiera.

Suspiró. «Y todo esto está tan lejos, tan lejos del contenido de mis sueños diurnos.»

Después de un silencio dijo:

La noche pasada estuve en el piso de mis amigos que celebraban el aniversario de Don. El lunes por la noche... encontré... ahora me he parado de golpe porque estaba pensando algo. La clase de comentario que me quedó clavado en la cabeza. Al atardecer estuvimos hablando de que Don podría marcharse del piso y en este caso quizá desearían que yo fuese a vivir allí. Les dije bromeando que esto ya me lo habían dicho el lunes. La respuesta de Don en un pequeño grupo fue decirme, siguiendo la broma: «Nunca podríamos pensar en eso porque nunca quisiéramos vivir contigo.» Este es el tipo de comentario que hacemos entre amigos; algo que yo también digo pero no en este tono. Si dices algo positivo lo desmientes con este tipo de humor. Pero lo pensara o no, esto no hubiera tenido importancia si me hubiese dicho que no era eso lo que quería decir. Se me quedó clavado.

Cuando pensaba en el lunes por la noche, aquel pensamiento me venía a la cabeza y me dejaba paralizado. El pensamiento que tenía clavado en mi mente era: «Sí, es verdad; no quieren vivir conmigo.» Me he encontrado con esta gente muchas veces en sociedad y me han dicho que estaba en plena forma estos últimos tiempos, y han disfrutado de mi compañía. El lunes por la noche estuve con ellos viendo una película y dije algunas cosas y no oí otras que Pete estaba diciendo. Les molesta que la gente no oiga lo que se habla y a veces yo no oigo bien; se molestó mucho por un par de cosas que yo dije y no estuvo muy comunicativo ni amable. Después, esta última noche las cosas han ido mejor, lo que me hacía pensar esta mañana que yo comparto el piso con alguien que no conozco bien porque no paso mucho

tiempo con ella. Solo veo a mis amigos cuando yo decido ir a verles. Vivo mi vida con estos grandes huecos en ella; siempre que puedo voy pasando desapercibido porque estar con la gente es para mí un esfuerzo y a veces desentono e incluso mis amigos más próximos llegan a cansarse de mí.

Quedó en silencio.

Le dije que pensaba que se sentía vulnerable cuando se daba cuenta de lo mucho que no escucha o no puede oír lo que yo le digo. Esto aumenta su ansiedad de venir a las sesiones y entonces ha de limitarse a contactar conmigo más tarde aunque esto le hace pensar que yo estaré más enojado y frustrado con él, con pocas ganas de acogerle. Me indica el esfuerzo que supone luchar con esta situación, no está satisfecho del contacto que tiene conmigo pero es muy arriesgado permitir que yo tenga un contacto más profundo con él (lo mismo que dice que le pasa con su compañera de piso y con sus amigos) y ha de crear estos espacios, estas distancias para no sentirse observado ni afectado.

Trata de mantener esta situación trabajando intensivamente, explicándome toda clase de cosas en su propio estilo, diciéndome lo que piensa, lo que ocurre en él, para protegerse de cualquier rechazo; y lo hace de una manera tan impaciente y crítica como insatisfactoria. Hace lo mejor que puede para contarme cosas que puedan interesarme, conmoverme, me muestra que puede observar y analizar las cosas.

Después de un silencio dijo: «Es como si yo aportara lo suficiente, lo que me parece suficiente y después bajo el telón, cuando he conseguido una respuesta, o intento bajar el telón.» Hablaba muy bajo y quedó de nuevo en silencio.

Decía antes que yo pensaba que el paciente se sentía muy vulnerable desde el comienzo. No creo que esto se debiera simplemente al hecho de haber llegado tarde o al adormilarse de otras veces. Estaba convencido de que yo no le daba la bienvenida del mismo modo; que no se siente bien acogido con sus amigos más cercanos o con los miembros de su familia; se siente muy vulnerable. Pienso que es por esta razón que hablaba de tal modo que urdía un velo en torno suyo que yo no tenía que traspasar. Habiendo hablado y habiéndome ofrecido lo que podía, prefería bajar el telón tan pronto como yo empezaba a responder y no precisamente de un modo contrariado o crítico. El paciente no solo temía frustrarme o aburrirme; pienso que sentía una verdadera preocupación por lo que describía como agujeros, en relación con lo que le hacía sentir que no funcionaba adecuadamente. Tenía la necesidad de protegerse para no ser observado demasiado a fondo no solo porque yo encontraría defectos en él sino también porque yo utilizaría mis conocimientos para invadirle de una manera más terrorífica.

Después de un largo silencio el Sr. W. dijo en un tono que parecía estar mucho más presente y comprometido, pero también tenso:

A veces pienso que es... sigo intentando encontrar una analogía

adecuada, quizá no debería hacerlo. Supone mucho esfuerzo... todo el mundo, mis amigos piensan que yo pienso demasiado, leo y doy demasiadas vueltas a las cosas, demasiado a fondo, pero es como... yo vivo en el mundo normal. Mi piel es muy delicada y he de evitar a toda costa que me rocen. Me he dado cuenta hace poco, aunque pienso que siempre he sido así, pero lo he visto recientemente; si alguien me toca cuando no lo espero, me sobresalto y huyo, soy muy nervioso, es como si aborreciera mi cuerpo. En esta situación he de tener mucho cuidado para no sentirme herido por los demás. No soy robusto en el fondo, por debajo de esta preocupación tan exagerada. ¡Oh! no lo sé.

Lo que me da miedo es que yo nunca sé cómo ir a conciencia más a fondo que las defensas. No sé lo que estoy ocultando. Usted dirá que sí lo sé, que estoy siempre preocupado de no ser nunca bien acogido. Incluso con mis amigos más íntimos, he de estar en plena forma para ser digno de estar con ellos. Porque si no estoy en buena forma, si estoy simplemente como realmente soy, puedo ofender a la gente, podría irritarles, molestarles, aburrirles. Pero esto es todo lo que puedo lograr. La única manera de que pueda haber alguien que no sea... que oficialmente no se aburra ni esté molesto o lo que sea, es a base de tres horas por semana o cinco horas por semana, una sesión de una hora e incluso aquí estoy siempre asustado de no hacerlo bien, de no hacer las cosas como es debido, miedo de ser frustrante.

COMENTARIO

En su primer trabajo publicado, Klein (1921) describe sus observaciones en el curso del tratamiento de un niño de cinco años. Presta especial atención a la manera que tiene el niño de jugar, y sus comunicaciones verbales daban cuenta de las preocupaciones que tenía con su cuerpo, con el cuerpo de sus padres, por cómo se relacionaba y las vívidas fantasías edípicas con respecto a ellos. El papel de Klein era sobre todo observacional y explicativo pero refiere también que a veces daba interpretaciones.

Hubo una interrupción del contacto con el niño a causa de una enfermedad y durante este período y el que le siguió el niño estuvo claramente más ansioso y reticente. Llegó, de todos modos, a contarle a Klein un sueño que había sentido muy perturbador. En el sueño estaba asustado a la vista de dos hombres que llevaban palos y armas; él, su hermano y sus hermanas se apretujaron contra su madre en busca de refugio y querían alejarse corriendo. Llegaron a la puerta de una casa y una mujer les dijo, «no os podéis esconder aquí». Pero ellos se escondieron de todos modos y los hombres no los pudieron encontrar. Klein vinculó a los hombres con los temores persecutorios en relación con su padre y con los genitales de su padre (Klein 1921:40).

En otra ocasión el niño habló de un cuento de hadas en el cual una bruja ofrece a un hombre comida envenenada; el hombre se la da a su caballo que muere a causa del

veneno. En la sesión el niño cuenta que está asustado de las brujas y luego dice: «También hay reinas muy hermosas y que no obstante son brujas también, y a él le gustaría saber cómo es el veneno, si es sólido o líquido» (Klein, 1921: 41). Klein vio este material como una expresión de los conflictos y ansiedades del niño en relación con su madre y le preguntó por qué estaba asustado de algo tan malo de su madre, qué le había hecho él o qué había deseado hacerle para que ella respondiera de la manera que él imaginaba. El niño reconoció que cuando estaba enfadado había deseado que tanto ella como su papá murieran y que en alguna ocasión había pensado para sus adentros, «asquerosa mamá».

Klein comenta:

En la fantasía últimamente mencionada, la bruja solo introduce una figura... que el niño había... imaginado gracias a la división de la imago materna... Esta segunda imago femenina (ha sido) escindida de su madre querida, para conservarla tal como es (Klein, 1921: 42).

Quizá podría decirse lo mismo del sueño perturbador del niño, en el cual no solo se ve perseguido por los hombres sino que también, después de un período de dificultad y ausencia, se encuentra con la mujer que rechaza protegerle y, a la vez, va acompañado de su madre que intenta protegerle a él y a sus hermanos.

Creo que Strachey, en el trabajo de 1934, al que antes me he referido, aborda el hecho de que si el analista es capaz de ser receptivo al pleno impacto de la proyección de las fantasías inconscientes del paciente, sus consecuencias serán muy perturbadoras y difíciles de tolerar. Tomando los ejemplos citados, es muy perturbador para el analista internalizar y encajar en serio la fantasía que el paciente tiene de ella diciendo a un niño asustado que busca refugio: «No puedes esconderte aquí» y que se experimenta también como la bruja que envenena. Si la analista va más allá y reconoce que el mecanismo de escisión que el niño emplea la protege de ser experimentada también como si encarnase igualmente las figuras masculinas sádicas que le atacan, esto puede ser todavía más perturbador. Strachey sugiere que puede imponer un considerable esfuerzo a la capacidad de tolerancia del analista para tolerar la ansiedad promovida. Como voy a ilustrar en breve en el fragmento que sigue, la presión que incita a la colusión con esta escisión y denegación es a menudo muy poderosa.

En su trabajo con un niño de diez años, llevado a cabo en 1941 y publicado en *Narrativa del psicoanálisis de un niño*, Klein (1961) describe una sesión en la que se encuentra con el paciente en un estado de ansiedad, depresión y culpa. El niño se veía obligado a afrontar una serie de hechos externos inquietantes con la perspectiva de tener que ausentarse y dejar el tratamiento. Fue entonces cuando le pidió a la analista que le apretase los cordones de sus zapatos de manera que se mantuvieran firmes durante todo el día. Poco después se dio cuenta de que sus dibujos estaban en una nueva carpeta; dijo que esto le sabía mal y preguntó qué había ocurrido con la carpeta vieja.

Klein sabía que la carpeta había adquirido una importancia particular para el paciente, y le dijo que estaba mojada por la lluvia del día anterior. El niño dijo que le gustaba la vieja carpeta y preguntó si la había quemado. Contrariamente a su manera habitual de proceder Klein tranquilizó al niño diciéndole que la había recuperado. El niño evidentemente se tranquilizó y le dijo lo muy contento que estaba de que ella fuera patriota (es decir, un objeto bueno). Al mirar por la ventana el niño vio una muchacha de pelo rizado que estaba pasando por allí y dijo que era como el monstruo de su libro. En sus notas Klein reconoce que su respuesta a las indagaciones angustiadas del niño no habían resuelto sus dudas con respecto a la analista, pero estas dudas se habían desviado y proyectado en la niña que pasaba por la calle y que a pesar de su apariencia muy inofensiva se le aparecía como un monstruo.

Continúa diciendo: «La única manera de disminuir sus sospechas hubiera sido interpretarlas.» Sin embargo, nos dice que la penosa y angustiante atmósfera de tristeza y pérdida inminente le hacían difícil de tolerar la fantasía del niño de que ella pudiera ser el «monstruo» que había destruido la vieja carpeta valiosa y que estaba a punto de desecharlo también a él.

Con todos estos ejemplos estoy señalando que el analista, al verse amenazado por la evocación de fantasías que despiertan su ansiedad y culpa, tiene una propensión a la colusión con el paciente en los procesos de proyección y denegación que ayudarían a mantener el sentimiento que el analista guarda de sí mismo como una figura amable y servicial. Creo que esto está estrechamente relacionado con el hecho de sentirse presionado a unirse al paciente en una forma de interacción implícita en la referencia al «yo estaba pensando...» en lugar de tener que tolerar la presencia inmediata de ansiedades intensas y las fantasías subyacentes a las que me he referido.

En este capítulo estoy estudiando el problema estrechamente relacionado con la manera que tienen los pacientes de negociar el encuentro inicial y el comienzo de la sesión cuando (como ocurría en los ejemplos referidos) ellos «saben» que están encontrando a la bruja, al monstruo, a las figuras que les odian y que desean envenenarlos, poseerlos o devorarlos. Y además, de qué manera los analistas van a proceder con la comunicación de estas fantasías persecutorias y claustrofóbicas acerca de ellos mismos y de la relación entre ellos y sus pacientes; y también con la proyección de tales fantasías en su propia mente con tanta fuerza que, al menos temporalmente, les invaden en parte de una manera perturbadora.

Sugiero que una estrategia que parece convenir a ambas partes consiste en escindir y proyectar las fantasías de la relación de objeto terrorífica y destructiva en un terreno llamado «érase una vez», en la versión que más habitualmente aparece, «viniendo para acá estaba pensando», «he tenido un sueño esta noche», «mi madre (o mi esposo) es como esto o aquello...». Esto permite a los pacientes entrar en el consultorio, ocupados con un objeto que, de un modo inmediato y consciente, no temen que pueda causarles daño alguno. Esperan recibir buen alimento, consuelo y ayuda y pueden tener un modelo explícito o implícito de como esto pudiera ser posible sin que el alimento o el apoyo no se viesen afectados por fantasías más

perturbadoras. Su objetivo sería mantener estas fantasías lejos del contacto y de la relación inmediata con el analista.

No obstante un aspecto del apoyo real que los pacientes requieren es, naturalmente, el reconocimiento y la comprensión del analista de aquellas fantasías conscientes o inconscientes, perturbadoras y excitantes que los pacientes necesitan evitar para no estar en contacto directo con ellas cuando se encuentran con el analista al entrar en el consultorio. Una vez los pacientes han podido comunicar elementos de sus fantasías pueden sentirse inclinados a seguir manteniendo la escisión y el repudio consiguiente: su objetivo es oponerse a cualquier intento del analista de vincular las fantasías a la situación presente en que uno y otro se sienten implicados.

En el primer caso citado, la paciente, la señorita C. afirmaba con énfasis que el problema se relacionaba con su madre en el pasado y no con el analista al que acudía y al que comunicó el sueño tan perturbador y revelador. El hecho de que el sueño muy posiblemente representaba su visión de la experiencia de la sesión previa -la zanahoria que el analista le había procurado-, tenía que desecharse decididamente. Naturalmente, también es más difícil y perturbador para el analista tener que sentir en el presente la experiencia de estas fantasías en torno suyo que el paciente y él mismo puedan hacer. Por esto se explica esta tendencia a añadirse al paciente en sus denegaciones. Si bien es verdad que estas denegaciones pueden al principio suponer un alivio también sirven para que el paciente verifique que el analista es incapaz de tolerar la experiencia que la proyección de la fantasía suscita, como si el analista estuviera repitiendo: «No puedes esconderte aquí.» Esto el paciente lo vive como un ataque hostil y persecutorio como un «no puedes entrar aquí», lo que puede recrear repetidas experiencias del pasado con una figura parental incapaz de tolerar las proyecciones del bebé.

En el segundo caso, el paciente masculino, el Sr. W. también muestra una necesidad de comunicar sus ansiedades por sentirse invadido y poseído por una figura materna que siente que le domina de un modo destructivo. Trata de expresarlo con una manera de hablar compleja y elaborada. Varias veces ha citado a un amigo íntimo que comentaba que el paciente es semejante a un aparato que está siempre en la posición de «enviar» y nunca en la de «recibir». Creo que alguna de las razones de este proceder aparecen durante las sesiones. Al igual que para la paciente, la Srta. C., resulta difícil a este paciente «recibir» algo sin sentir a la vez que es «dominado» por las necesidades del objeto e invadido por las perturbaciones que este objeto pueda tener, una situación que retrata vívida y repetidamente en relación con su madre. El Sr. W. deja muy claro que ser visto o tocado -física o emocionalmente- es muy amenazador. Por lo tanto se ve obligado a regular el grado y la intensidad del contacto -limitando las frecuencias de las sesiones y su duración-, y dentro de la sesión se retrae si se siente confrontado con más de lo que puede atender. La proyección de las fantasías perturbadoras y terroríficas asociadas al contacto, que para él tienen una calidad tan intrusiva, influyen naturalmente al analista. Se despiertan las fantasías y temores del analista y con este paciente me di cuenta a menudo de que adoptaba como él una manera de hablar que tenía algo de

excesivamente general, demasiado explicativo pero sin que estuviera arraigado en un tiempo y un lugar, algo no anclado en el presente y en nuestra relación. Para mi propia tranquilidad como para la del paciente, también yo me sentía inclinado a sintonizar con la narrativa del cuento de hadas como si yo también me sintiera más seguro y más cómodo contando una historia que empezaba con el consabido «Érase una vez...».

Volviendo a la frase evocadora de Bien (1979), «sacando el mejor partido de ello», la compleja tarea del analista es intentar tomar buena nota de estas diferentes fuerzas conscientes e inconscientes, no entrar en colusión en el mantenimiento de una escisión tajante ni ser arrastrado a jugar el papel del objeto invasivo, persecutorio. Klein señala que muchos de nosotros estamos de acuerdo en principio con que la manera más adecuada de tratar estas ansiedades persecutorias, de «sacar el mejor partido» de la situación, es interpretar las sospechas, las dudas y las ansiedades persecutorias que surgen inevitablemente en relación al objeto necesitado y deseado. No hay que decir que esto es con frecuencia una tarea difícil y agobiante porque, como dice Strachey nos expone a un gran peligro. Strachey sugiere que el analista despierta fuerzas primitivas destructivas que al mismo tiempo «son vivas, actuales e inequívocas, dirigidas directamente al analista». De ahí que sea intenso el impulso a evitarlas adoptando esta posición. Como Strachey (1934: 159) escribe: «Tales momentos (cuando damos una interpretación mutativa), por encima de cualquier otro, ponen a prueba las relaciones (del analista) con sus propios impulsos inconscientes.»

CAPÍTULO 10

Los usos defensivos de la complacencia

Tanto en el uso corriente como en psicoanálisis la palabra complacencia comporta una extraordinaria ambigüedad. El término ha sido utilizado para abarcar un concepto amplio de lo que se significa con la noción del acuerdo. En los comentarios clásicos de John Trapp al Nuevo Testamento, escribe: «Él (Pablo) les habla de sus lágrimas y ellos le responden con lágrimas: ¡Oh! ¡dichosa complacencia!» (Trapp, 1656).

El uso que hacemos actualmente del vocablo implica el comportamiento del individuo que está de acuerdo o que acepta dócilmente un «deseo, demanda, condición, dirección, etc.» de otra persona (Oxford English Dictionary (OED) 1989). De todos modos este diccionario reconoce la variedad de motivaciones y grados de coerción que entran en juego. La complacencia puede asumirse de manera libre y con agrado, o puede ser exigida por una figura poderosa y bajo amenaza. Gilbert Burnet (1669) describe una situación en la que «era solo una complacencia y no una sumisión a sus opiniones que... (le hacía observar ciertas prácticas)». Wendell Phillips (1872: 498) sugiere que «toda política necesita de complacencias cuestionables».

Estos problemas son familiares en el lenguaje analítico. El paciente siente que se requiere un grado de complacencia en relación con el encuadre analítico y también en respuesta al «deseo, demanda, condición, dirección, etc.» que el paciente intuye implícitos en las intervenciones verbales del analista. El requerimiento o la presión a la complacencia se vive como una fuerza poderosa que despierta la emoción de luchas primerizas, infantiles y adolescentes. Nunca es sencilla y habitualmente implica alguna combinación de acuerdos logrados gustosamente y de sumisión consciente o inconsciente sea por el deseo de someterse a una autoridad poderosa, por miedo o por razones masoquistas.

Un aspecto importante pero difícil del trabajo analítico es el análisis de la naturaleza de la complacencia del paciente, las motivaciones implicadas y las funciones a cuyo servicio se aplica la complacencia. En este capítulo describo situaciones en que la «alianza» no es terapéutica antes bien está al servicio de necesidades defensivas mutuas. Puede ser fácil reconocer una pseudocomplacencia o aquel paciente que es «demasiado» complaciente del mismo modo que detectamos la oposición persistente del paciente a aceptar o acomodarse a cualquier requerimiento que le afecte. En todo caso, como espero ilustrar, es más difícil reconocer una forma más sutil de complacencia que es a menudo inconsciente y que se aplica a controlar el objeto. Esto proporciona al paciente una fuente de gratificación y representa una resistencia al cambio y, a la vez, una poderosa defensa contra la realidad psíquica.

Cuando tendemos a considerar la complacencia del paciente en la situación analítica, es importante advertir que estamos tratando con un sistema complejo en que tanto el paciente como el analista ejercen una presión sobre el otro para adecuarse a sus respectivas necesidades conscientes o inconscientes. Los compiladores del Oxford English Dictionary han reconocido que no siempre nos estamos refiriendo a la complacencia del sujeto vulnerable hacia el monarca sino que a veces se trata más bien de la complacencia del monarca con respecto a los deseos y a las exigencias de sus súbditos. Fuerzas coactivas similares se ejercen sobre el analista que a veces será de sobra consciente de la presión que le mueve a comportarse de una particular manera o de aceptar ciertos puntos de vista. De todos modos, buena parte de la presión a ser complaciente es inconsciente y mediatizada por fantasías de consecuencias dolorosas o perturbadoras que aparecerán (en el paciente, en el analista o en ambos) si se resiste a esta presión. Esto conducirá a veces a enactaciones en la situación analítica, en que tanto el paciente como el analista se ajustan a las necesidades inconscientes del otro. La alternativa a la complacencia, que puede corresponder también a una fantasía compartida, consciente o inconsciente, supone abordar la cuestión de la separación y la diferencia; el dolor, la envidia y el odio que esto pueda despertar; o las interacciones sadomasoquistas que pudiera provocar.

Cuando nos referimos a la complacencia en un sentido negativo, de un modo más explícito como básicamente complaciente, demasiado complaciente, falsa complacencia, etc., nos estamos refiriendo a una especie de solución «política» consciente o inconsciente. El paciente se conforma a lo que percibe como presiones o demandas del analista por una variedad de razones que incluyen la defensa y la gratificación para instaurar o mantener un *modus operandi*, pero sin un verdadero cambio psíquico.

Abraham (1919) describió un grupo de pacientes en los cuales una pretendida complacencia ocultaba una forma crónica de resistencia. Encontró que estos pacientes, para proteger su autoestima, utilizaban defensas narcisistas contra el dolor, la humillación y el reconocimiento de la importancia y el valor terapéutico del analista. Para Abraham resultó claro que estos pacientes no estaban interesados en la función terapéutica de la interpretación o en el análisis mismo; al contrario, en su lugar utilizaban el proceso a fines narcisistas. Les ofendía cualquier tipo de dependencia y en cambio tendían a identificarse con el analista, sintiéndose orgullosos de su autoanálisis; se sentían molestos o amenazados por cualquier sugerencia que el analista pudiera tener, en realidad, para ofrecérsela. Abraham dice: «No es fácil ni mucho menos ver lo que se oculta tras esta forma de conducta» (1970: 304) y admite que se necesita mucha experiencia antes de poder evitar que estos pacientes nos engañen con su aparente complacencia con el método psicoanalítico.

Riesenberg-Malcolm (1981) nos ha proporcionado alguna de las observaciones clínicas detalladas que le alertaron de la falsa complacencia de sus pacientes y describió algunas de las funciones a cuyo servicio estaban las referidas actitudes. Después de trabajar un tiempo con una paciente que al parecer se mostraba amable y responsable, experimentó una sensación de estancamiento y opresión. Entonces

Riesenberg-Malcolm empezó a prestar una mayor atención a las asociaciones y a la conducta de la paciente en la sesión.

La paciente llegaba puntual, hablaba con facilidad y vivazmente de las circunstancias de su vida y también expresaba los pensamientos que tenía (si bien Riesenberg-Malcolm se dio cuenta de que los problemas que traía eran repetitivos y que los sueños habían desaparecido). Cuando la analista hacía una interpretación, escuchaba de un modo que parecía denotar un interés reflexivo, en silencio, parecía pensar acerca de lo que se había dicho, dispuesta a aportar nuevas asociaciones. También podía hacer un gesto de aprobación con la cabeza, manifestar su acuerdo o quedar en silencio para luego continuar hablando sobre lo que había dejado en suspenso. La analista se daba cuenta de su propio sentimiento de incomodidad e impotencia y acabó por verificar que mientras la paciente parecía estar de acuerdo con lo que la analista había dicho, la interpretación no parecía haber hecho el menor impacto. La analista describió la experiencia de que sus interpretaciones habían sido marginadas o ignoradas mientras que la paciente «seguía siendo tan complaciente y encantadora como siempre».

Riesenberg-Malcolm (1981) vino a creer que la paciente estaba animando una fantasía en la situación analítica, en la que ella se identificaba con la analista como una figura materna ideal. Puesto que no había una noción de separación, se despreocupaba del paso del tiempo y de la falta de progresos. Esta fantasía la protegía también de sus necesidades reales y de cualquier consciencia de dependencia.

Riesenberg-Malcolm sugiere que esta falsa complacencia es una estrategia defensiva destinada a mantener la escisión entre una relación idealizada con el analista y la proyección en objetos externos de los aspectos persecutorios y dolorosos de su relación. «Aparentando estar de acuerdo con casi todo y escuchando casi nada, la paciente sentía que podía evitar el contacto con sentimientos de dependencia que parecían aterrorizarla» (Riesenberg Malcolm, 1981: 484).

Ésto parece ser una clara y detallada elaboración de la situación que Abraham describiera, y nos aporta convicción clínica. Lo que, de todos modos, me interesa explorar es hasta qué punto el analista puede quedar atrapado en una forma sutil de complacencia con las ansiedades, las necesidades y las proyecciones del paciente. Con frecuencia se requiere tiempo y trabajo antes que el analista pueda reconocer no solo la complacencia del paciente, expresada a menudo por la falta de progresos, sino también el grado y la naturaleza de la mutualidad de una relación complaciente, en la que el analista se adapta sutilmente a los deseos inconscientes del paciente. Estas formas sutiles pero poderosas de enactación contribuyen al molesto sentimiento de insatisfacción y perplejidad que el analista puede llegar a experimentar y a la ausencia de un cambio psíquico real que se refleja en un análisis largo y estancado.

Britton y Steiner (1994) abordan algunas de las dificultades para evaluar las respuestas del paciente a la situación analítica y a las intervenciones del analista, sobre todo cuando el analista tiene la creencia o la convicción sobre algún trozo de

comprensión, al cual el paciente puede responder de manera aquiescente. Señalan que:

Sería arrogancia por parte del analista suponer que es inmune a los procesos inconscientes que podrían llevarle a la emergencia de una idea sobrevalorada, que se presenta como un insight intuitivo. Es por tanto de rigor que se continúe elaborando una vez dada la interpretación. Entonces es de importancia crucial escuchar al paciente para darse cuenta de sus reacciones conscientes o inconscientes a lo que el analista le ha dicho (Britton y Steiner, 1994: 1072).

También señalan un punto importante sobre la posibilidad de una utilización perversa o sacralizada de la interpretación:

En ciertos análisis se puede usar una interpretación como una doctrina religiosa o como un fetiche o como un instrumento a utilizar en una anhelada relación sadomasoquista. En esta última eventualidad una interpretación que encapsula una idea sobrevalorada del analista sería especialmente bien acogida por un paciente que busca el malentendido como una satisfacción masoquista (Britton y Steiner, 1994: 1074).

En su primer ejemplo clínico Britton y Steiner describen un paciente que reaccionó a una particular interpretación con irritación tanto psíquica como corporal. La reacción inmediata y habitual del paciente a la sensación de irritación era pensar en aplicarse una crema suavizante. Esta reacción creaba problemas al analista que tenía que contener su contrariedad de que la interpretación no fuese apropiada, y también su culpa porque su trabajo provocase tal malestar. «El analista se sentía presionado a decir algo suavizante que pudiera llevar a una evasión de la realidad psíquica de que la interpretación era mal recibida» (Britton y Steiner, 1994: 1073).

Esto ilustra el modo como los analistas podrían en realidad sentirse arrastrados a entrar en complacencia con los deseos y necesidades de sus pacientes, permitiendo ser utilizados como una crema suavizante que sería gratificante para los dos pero que iría en contra de cualquier progreso. Al contrario, cuando un analista puede reconocer tanto la presión interna como la externa y se resiste a someterse a ella, la reacción del paciente puede ser de irritación, hostilidad y queja pero hay posibilidad de desarrollo.

Joseph (1985) va más allá al describir una situación clínica en que reconoce hasta qué punto ha sido llevada a una relación complaciente inconsciente y mutua con su paciente. El paciente había estado en análisis durante muchos años y había conseguido algún progreso satisfactorio. Sin embargo, la analista sintió que este progreso nunca era debidamente consolidado y nunca se podía ver del todo la elaboración de cualquier problema en particular ni tan solo visualizar la terminación del tratamiento. Se dio cuenta de:

Un sentimiento vagamente agradable, como si me gustasen francamente

las sesiones con este paciente, como si las encontrara más bien gratificantes a pesar de que trabajaba a fondo con él. Cuando empecé a repensar mi contratransferencia y su material me di cuenta de que mi experiencia más bien agradable debía corresponder a una convicción íntima por parte del paciente de que cualquier cosa que le interpretara él la encontraría perfecta. No importa qué dificultades, incluso aspectos que le atormentaban y que se expresaban en el trabajo, el paciente tenía una certidumbre íntima de ocupar un lugar especial, de que mis interpretaciones sean las que fueren, por así decir eran «solo interpretaciones». Su lugar estaba asegurado y no tenía necesidad de cambiar. Y así se hubiera podido seguir dando interpretaciones casi correctas y no inútiles, indagando y explicando cosas pero si la convicción inconsciente más profunda quedaba sin examinar, todo el tratamiento podría quedar falseado. Esta convicción de tener su lugar especial y de no necesitar cambio alguno, tenía una cualidad suplementaria porque incluía la noción de que yo, la analista, tenía un particular apego por él y le quería tanto que por mi bien no querría que se fuese, aspecto que debía estar en la base de mi agradable experiencia contratransferencial (Joseph, 1985: 159).

Joseph (1985) continúa puntualizando que:

El insight del paciente en su convicción inconsciente de tener su lugar especial, de la vaga irrealidad de buena parte de nuestro trabajo, de mi apego por él, etcétera, emergió penosamente. Hubiese sido más cómodo vincular rápidamente todo eso con su historia, el hijo menor, el favorito de su madre que tenía una relación muy infeliz con su padre (Joseph, 1985: 100).

Joseph continúa:

Pero si yo hubiese hecho esto hubiese corroborado de nuevo la convicción del paciente de que las interpretaciones eran «solo interpretaciones» y que yo no creía en realidad lo que estaba diciendo. Para mí, lo importante era, en primer lugar, poner al descubierto los supuestos subyacentes de modo que, aunque penosamente, pudieran experimentarse en la transferencia como su realidad psíquica y solo después, lentamente, vincularlos con su historia (Joseph, 1985: 160).

De este modo Joseph describe no solo la tendencia del paciente a complacer a la analista en aquello que pensaba que estaba pidiendo de él, sino también la presión inconsciente y sutil del comienzo a que se sentía sometida para acomodarse a las fantasías del paciente. Por un tiempo ambos participaban en la enactación de la relación estrecha, especial que continuaría para siempre, no perturbada por cambio alguno. Cuando Joseph fue capaz de reconocer la enactación a la que había sido llevada, pudo empezar a investigar los supuestos inconscientes del paciente y las necesidades defensivas a las que servían.

PRIMERA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

Quisiera ahora describir una paciente mía en la cual los problemas de complacencia jugaron un papel central. Además de la propensión de la paciente a la complacencia, de la cual era en parte consciente, había también unas presiones conscientes e inconscientes que se ejercían sobre el analista para conseguir un estado de complacencia mutua. La paciente trataba de mantener sus defensas narcisistas de esta manera protegiéndose contra el sentimiento de separación y de diferencia que encontraba difíciles de tolerar. Cuando la demanda de complacencia era desatendida, sea por la paciente o por su objeto, se sentía amenazada y esto conducía (en la fantasía o en la realidad) a una súbita erupción de odio y violencia. La comunicación de estas fantasías perturbadoras mediante el uso que la paciente hacía de la identificación proyectiva, fraguaban una presión intensa sobre el analista para acomodarse a las necesidades conscientes e inconsciente de la paciente. A menudo era difícil reconocer y resistirse a esta presión y a las fantasías inquietantes incluso en ella.

La paciente, la Srta. T., pasó su infancia en un espacioso castillo, un poco decadente, en Francia. Es una mujer joven que cuida mucho de su apariencia y habla inglés perfectamente sin el menor acento. Sin embargo, siempre ha tenido un sentimiento frágil de sus limitaciones corporales y psíquicas. Hubo una historia de considerable perturbación psicológica en la familia pero la paciente asumió la identidad de una niña buena y ordenada, sensible, madura. Tal como sentía que se le exigía. En realidad, parece que era incapaz de resistirse a adoptar dócilmente cualquier papel que se esperara de ella. Incluso cuando se veía sometida a un grado de crueldad, abuso e intrusión adoptaba un papel sumiso. Había una calidad intensamente masoquista en su complacencia con una figura cruel y abusiva tanto externa como interiormente.

En la relación analítica a veces se asusta de la intensidad de sus necesidades devoradoras y posesivas y encuentra frustrantes e intolerables las limitaciones del encuadre analítico o de mi actitud analítica. Escucha con intensa atención y a menudo quiere tomar posesión de mis palabras y de mis interpretaciones de una manera concreta y entonces utiliza frases e ideas que reflejan lo que le he dicho aunque a menudo no queda claro si ha sido capaz de digerir el significado de las palabras. Estas respuestas se acompañan de temores, igualmente intensos, de ser invadida y poseída de forma nociva, contra cuya eventualidad ha de defenderse.

Durante mucho tiempo la complacencia de la paciente, una estrategia defensiva en la que confía, es ingeniosa, sutil y difícil de reconocer, sobre todo cuando su efecto es gratificante. No es difícil comprender de qué manera llega a ser admirada y deseada en su vida de cada día y el éxito que puede lograr en algunos sectores de sus relaciones sociales y profesionales. Tiene una capacidad inconsciente de sintonizar con las necesidades de los demás de un modo que por un cierto tiempo puede ser de extrema recompensa porque ella se convierte exactamente en lo que la otra persona le pide, y esto refuerza su sentimiento de triunfo y de superioridad con respecto a la

persona con la que se ha mostrado tan delicadamente complaciente.

be todos modos lo que de verdad se hace aparente es que esta complacencia por parte de mi paciente o por parte de su objeto tiene una calidad semimecánica como si un objeto encajara automáticamente con otro sin mediación alguna del pensamiento o la comprensión. Se caracteriza a menudo porque la paciente o la otra persona responden de una manera animada o hasta excitada, diciendo: «Sí, estoy totalmente de acuerdo», o «lo comprendo perfectamente, yo siento exactamente lo mismo» y empiezan a relatar la versión de su experiencia. Pero si se atiende con más precisión es evidente que los dos conjuntos de experiencias son diferentes pero están relacionadas como si se reflejaran recíprocamente de forma armoniosa y perfecta. La paciente relata a veces «conversaciones» muy largas palabra por palabra y me da la impresión de algo que va de allá para acá pero con poca interacción o pensamiento y sin elaboración.

En el análisis la tendencia de la paciente es a conciliarse sutilmente, aunque de forma mecánica e irreflexiva, con cualquier cosa que yo pueda pedirle, de hecho sirve en parte para protegerse de la invasión peligrosa que ella no puede controlar. En realidad, esto se debe a que la paciente confía tanto en el uso de la identificación proyectiva para lograr cualquier sentido de identidad y como base de sus relaciones de objeto, que inevitablemente se abre de manera alarmante a la posesión invasiva por parte de sus objetos. Y así, resulta vital para ella encontrar un medio de «conocer» y controlar el objeto desde dentro. Su complacencia tiene éxito al establecer un sentido de control que, a través del proceso de la erotización, también llega a ser una fuente de gratificación sadomasoquista. Parece que la paciente se rinde a un compañero cruel permitiendo que la maltrate mientras proyecta todo su propio sadismo y violencia en el objeto y triunfa secretamente sobre él. Alternativamente se protege creando una especie de envoltura llena de largas y detalladas descripciones o explicaciones o de sus propias formulaciones. Me pide que acepte totalmente sus modos de pensar, que admire la viveza y sensibilidad de sus descripciones y la profundidad de su visión psicológica. Si por un lado subraya lo muy complaciente, abierta y maleable que es, en la sesión no cabe duda de la fuerza con que lucha para lograr que yo acceda a estar de acuerdo con su interpretación o su formulación de un problema con poco o ningún espacio para pensar y comentar. Tiene ideas muy firmes de como tendría yo que comportarme y hablar, hasta el punto de señalarme el guión y el tono de voz, sugiriendo lo que debería decirle y cómo debería hacerlo. Esto se corresponde exactamente con lo que ella cree que yo mismo le pido. Si yo no me ajusto a lo que ella me pide y no puede encontrar una manera de persuadirme a hacerlo se siente amenazada y trastornada, reacciona con intensa irritación, agresión o con amenazas ocultas de violencia.

Recientemente la paciente se ha enredado con un hombre, Derek, que es mucho menos sofisticado que ella y procede de un ambiente cultural y social completamente diferente. Está evidentemente fascinado, excitado y desconcertado con ella, y también se muestra celoso y posesivo. Ha empezado a comportarse de forma imprevisible, negligiéndola a veces de forma grosera.

Empezó la sesión un jueves diciendo que iba a ver a Derek el sábado. Como es habitual él no ha estado en contacto con ella desde hace dos semanas. Su padre que vive en Francia y está con ella cuando viene a Londres por sus negocios, le ha telefoneado preguntándole si puede estar en su casa el sábado por la noche. Ella me dijo que le contestó: «Ah, bien, sí, pero Derek va a estar aquí.» Su padre ignoró lo que le decía y le dijo que llegaría después de la reunión alrededor de las diez de la noche. Habitualmente ella le prepara una buena comida pero tenía pocas ganas de hacerla porque estaba molesta con él. Su padre le dijo que podrían tomar juntos el desayuno pero luego añadió que sabía que a ella le gustaba demorarse en la cama los domingos por la mañana. Ella no sabía qué hacer, no podía excusarse porque su padre estaría en la ciudad. Pero lo que había estado pensando es que ella y Derek tendrían una velada tranquila en casa y que ella le haría la cena (hablaba de un modo que sonaba como un encuentro cariñoso, dulce, inocente y amable sin hacer referencia al hecho de que se había sentido herida, desconcertada y enojada por la negligencia de Derek). Continuó diciendo que si su padre iba a estar allí, no estaba preparada para aquella velada. No pensaba que a su padre le gustaría Derek.

Este breve fragmento de una sesión ilustra cómo la paciente se esfuerza en crear una atmósfera casi delirante de la complacencia mutua con sus objetos. Retrata la intimidad afectuosa de sus relaciones con Derek y con su padre. Se había sentido incómoda, confusa y molesta por la particular situación triangular con que se encontraba, como si fuese incompatible con la materialización de sus formas idílicas de relacionarse. Hay alguna referencia a la rivalidad edípica de su padre y ella. Supone que su analista tendrá algunas reacciones y pensará a su manera sobre el trato que ella recibe de Derek y a las posibles dificultades subyacentes entre los dos. Por lo que a ella concierne no parece tener ningún temor, irritación, celos o preocupación por la relación con Derek. Parece creer que si encaja perfectamente con los deseos de su analista, de su padre y de Derek, con cada cual a su debido tiempo, creando una pareja armoniosa y complaciente, todo se arreglará a la perfección. El resentimiento hacia su padre era por haberla situado en una posición que le hacía imposible conseguir aquel equilibrio armonioso con él y con Derek.

Después la paciente relató una conversación con su compañera de piso Juliet que comentaba el hecho de que la paciente era muy popular y por eso recibía tantas invitaciones. Juliet decía, en tono admirativo: «No sé cómo te las arreglas». Y añadió: «Eres demasiado abierta, tendrías que poner algunas barreras en tu interior.» A la paciente, desde luego, le gustó este comentario, expresado en términos idénticos a los que utiliza refiriéndose a sí misma, y mostró su acuerdo entusiasta. Dijo que en efecto era demasiado abierta con la gente y le gustaría cambiar.

En la sesión era manifiesta la presión que ejercía sobre mí para que aceptara su punto de vista, para que confirmara su opinión de que ella era alguien «demasiado abierta» que debía protegerse levantando barreras. Desde luego, tenía su fuerza la

descripción que refleja su necesidad patológica y su capacidad de seducción para ser exactamente lo que los demás quieren de ella. Y encontraba extremadamente difícil saber lo que quiere y es incómodo y arriesgado desestimar cualquier invitación. Pensé que la advertencia que le hizo su compañera de piso surgía de su observación de la falta de discriminación de su amiga, de su necesidad compulsiva de conseguir que otra persona concuerde con ella o de amoldarse ella a la otra persona. Sin «barreras normales», que son un componente de un sentido más coherente de identidad, no podía protegerse fácilmente de la intrusión de algo nocivo o peligroso. Este era un problema habitual en el análisis y todos coincidíamos en pensar que era «demasiado abierta» y que esto no era una buena cosa. De todos modos y dado que la paciente asumía que su amiga estaba respondiendo a la seducción excitante, gratificante y exitosa de la paciente, la «advertencia», también le complacía.

Ahora bien, en este momento del análisis llegué a ver más claramente un aspecto diferente de la paciente, es decir su falta de apertura en las sesiones, la manera como un material desagradable era ocultado o presentado de una forma vaga y ambigua que podía ser muy provocativa. Sin duda una de sus dificultades con respecto al sábado, a que se había referido, era que si por un lado podría ser «demasiado abierta», con Derek y con su padre, en realidad no podía ser franca o abierta con ninguno de los dos. Con Derek tenía que denegar su propia herida, irritación, celos y frustración y evitar el reconocimiento de alguna de las maneras en que ella le estaba utilizando. Con su padre no podía responder francamente a su plan de visitarla porque no había podido ser sincera sobre las relaciones con Derek y por eso no podía permitir que los dos hombres se encontraran. Las barreras del secretismo y la evasión se hacían necesarias en parte porque de este modo podía complacer por turno a cada uno sin que nadie la criticara, se inquietara o se pusiera celoso o se disgustara. Manteniendo en reserva aspectos de sí misma y manipulando lo que mostraba o retenía, le procuraba también un sentimiento de excitación y poder y la protegía de la posibilidad terrorífica de ser plenamente accesible a cualquiera.

En la sesión que estoy describiendo interpreté que había maneras particulares de cómo deseaba que yo la viera de forma tal que nuestros criterios y nuestros deseos pudieran corresponderse. De todos modos esto la obligaba a evitar la franqueza en uno y otro terreno, a protegerse de las cosas que la amenazaban, que pudieran ponerla ansiosa y alterada. Cuando le señalé esto, se produjo una súbita y fuerte erupción de malestar y rabia. Dijo profundamente resentida y reprochadora lo mucho que se había afectado cuando le dije que no era abierta y repitió las palabras de Juliet (y las propias) como si intentara persuadirme desesperadamente a fin de que yo me mostrara de acuerdo y no generase más discordancia entre nosotros.

La paciente pudo haber reaccionado de la forma en que lo hizo porque sentía que yo, como su padre, no la habíamos escuchado o comprendido adecuadamente y ella necesitaba que yo reconociera algo de un modo diferente. Pero en aquel momento no pienso que estuviera preocupada por los esclarecimientos y la incompreensión. Se sentía amenazada por el hecho de que yo no me amoldaba a su formulación y a su manera de ver las cosas y también porque nosotros no pudimos consumir aquel tipo

de interacción complaciente, agradable que ella describía con Juliet o que se esforzaba en crear con su amigo y su padre. Entonces, existía por tanto el peligro de que algo de su conocimiento, de sus impulsos y sentimientos repudiados pudieran invadirla de una forma violenta, perturbadora y peligrosa. Todo aquello que perturbaba su estrategia vital defensiva se vivía como amenazadora y persecutoria.

La mayor parte del tiempo la Srta. T. tenía un éxito relativo en su intento de adoptar mi lenguaje y de conseguir que yo hablara el suyo de forma que pareciera que compartíamos experiencias y puntos de vista, lo que nos unía como una pareja sin apenas diferencias entre nosotros. Ha sido cada vez más claro que esto representa también una forma de control y dominio de su objeto que le procura un sentimiento de superioridad y de poderío. Aparentemente la interacción en las sesiones estaban generalmente exentas de agresión, sadismo o envidia; al contrario ella siempre se esforzaba para que los dos pudiéramos tener una experiencia agradable, simpática y gratificante. Había una presión considerable a compartir estos objetivos, a que no se pusiera en entredicho su manera de hacer las cosas, sus propias formulaciones y explicaciones. La fantasía (o la realidad) para el analista es que en cuanto se resista a esta presión para tal complacencia, tendrá que tolerar la ansiedad, la desazón y la culpa asociada a ser la persona cruel, sádica y aguafiestas; puesto que la paciente esforzándose en denegar cualquier atisbo de su propia hostilidad o sadismo subyacente, repudia estos sentimientos proyectándolos rápidamente en el analista.

Así pues, la propia complacencia de esta paciente, así como su exigencia de complacencia, refleja el tipo de defensas narcisistas descrito por Abraham (1919) que la protege del dolor, la humillación y de cualquier reconocimiento de la importancia terapéutica y el valor del analista. Cuando estas defensas eran interpeladas, su hostilidad y sadismo subyacentes, que a veces se actuaron en su vida de modo peligroso y perturbador, emergían fugazmente en el análisis.

SEGUNDA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

Pienso que en este segundo paciente que voy a presentar se observaba un uso similar defensivo de la complacencia. El paciente mantenía una simetría entre nosotros gracias a su propia complacencia y la correspondiente presión sutil a la que me sometía. Esto le permitía también, como ocurría en la paciente anterior, alcanzar un sentimiento discreto de superioridad y control. Este control se ejerce sobre la libertad, independencia de movimientos y de pensamiento y sobre sus propios impulsos y fantasías agresivas que surgían fugazmente en un sueño.

El Sr. G., un joven periodista, llegó de sus vacaciones de verano, sonrió con talante amistoso, se tendió en el diván y echó una mirada por la habitación. Hizo algún comentario positivo del consultorio y dijo que yo tenía un buen aspecto. Después dijo que le era difícil saber por dónde empezar. Estaba preocupado por cómo tenía que hablarme; tenía miedo que las cosas que traía no fueran bastante serias o que se pondría a contar sencillamente los hechos y las experiencias de vacaciones de un modo que no tendría ninguna utilidad. Dijo que había estado leyendo un libro

escrito por un periodista muy conocido que él había encontrado muy absorbente. Estaba lleno de admiración por la manera como este hombre abordaba su trabajo, la profundidad y la visión penetrante de la situación política, y la naturalidad y claridad de su estilo. Tenía miedo de no poder llegar nunca al mismo nivel; nunca se sentía seguro de la profundidad y significación de sus propias experiencias y dudaba de su capacidad de escribir acerca de ellas. Dijo esto de una manera que daba por descontado que yo reconocería y compartiría estas preocupaciones y, además, le juzgaría positivamente por su intuición y capacidad de autocrítica.

Le comenté que no solo estaba realmente preocupado por su capacidad de producir un trabajo de la calidad que desearía pero que también parecía preguntarse qué clase de paciente era; que se preguntaba si podría hablarme de manera que yo pudiera interesarme, valorar lo que me decía y encontrarlo de utilidad. El paciente estuvo de acuerdo y dijo que había algo en su mente que sentía muy vibrante y vívido. Durante sus vacaciones en Escocia había estado observando detenidamente a un hombre que pescaba en la ribera del río cercano. Estaba fascinado por la pericia y la gracia de los movimientos de aquel hombre y su evidente interés y profundo conocimiento de la pesca. Se intercambiaron movimientos de asentimiento con la cabeza y el paciente se sorprendió varias veces paseando al lado del río para observar al pescador. El paciente hablaba animado y con elocuencia descriptiva acompañándose de movimientos con sus manos y brazos para ilustrar los movimientos gráciles del pescador. En lo que contaba había concomitancias con el estilo elegante y con los conocimientos del periodista admirado y también con el analista, y estaba claro que yo iba a reconocer estos paralelismos. También se daba por supuesto que yo apreciaría su capacidad de observar y admirar al pescador así como la sensibilidad y elocuencia de su descripción.

Cuando le comenté su manera de hablar y como esperaba que yo le siguiera para implicarme y compartir la experiencia con él, por un momento pareció herido y ofendido pero después estuvo de acuerdo gustoso y dijo haber pensado aquellos días en cómo me contaría esta experiencia. También había pensado en su amigo Peter, otro periodista que había estado con él en la escuela y con el cual tenía muchas cosas en común. Era el tipo de cosas que él y Peter gustaban de compartir y sabía que Peter disfrutaría oyendo esta historia. Yo era más problemático porque no estaba del todo seguro de lo que yo podría decirle ni de cómo lo recibiría.

Más tarde, en la misma sesión, me dijo que durante las vacaciones había recibido una llamada telefónica de su madre que vive en Australia. Ella había tenido un lunar abultado en su mejilla y siempre la había recordado así pero sus padres y su médico estaban preocupados a causa de unos cambios que hacían pensar en algo maligno, teniendo en cuenta que esta es una complicación frecuente en Australia. Los padres habían intentado tener una consulta a corto plazo con un especialista pero se había pospuesto varias veces. Aunque ellos estaban manifiestamente muy ansiosos también parecía que se habían ido demorando. Al comunicarme esto el paciente transmitió un ligero sentimiento de estar experimentando la misma inquietud.

Hacia el final de la sesión también mencionó que durante las sesiones había tenido muchos sueños pero no podía acordarse de la mayor parte de ellos. La única cosa que quedó grabada en su mente fue la imagen de un sueño que había tenido pocos días antes. Estaba exprimiendo o pellizcando la mejilla de su madre, en donde tenía el lunar. Ella empezaba a quejarse y por su cara podía deducirse que le causaba dolor; entonces él la consolaba y tranquilizaba acariciándole la cara, quitándole importancia como si él no hubiera hecho absolutamente nada.

La reacción inicial del paciente a su retorno de vacaciones fue intentar establecer de inmediato una relación entre nosotros que resultara agradable, de complacencia mutua, en que él expresaba su aprecio y satisfacción y yo escuchaba con interés y agrado su vívida descripción compartiendo su manera de ver las cosas. Yo no sentía que él estuviera particularmente interesado por el consultorio ni por mi estado físico pero sus observaciones y comentarios eran el medio gracias al cual podía establecerse esta particular relación de objeto.

Cuando mi comentario interpretativo sugirió que yo no me estaba acoplando en la forma que él deseaba me di cuenta no solo de la brusca erupción de su herida y su resentimiento sino también de una amenaza vaga y de mal presagio. El paciente evocó rápidamente la fantasía del amigo que podía acompañar al paciente en la relación estrecha y complaciente que él anhelaba. De todos modos el material acerca de su madre que siguió después parecía confirmar que algo del todo familiar e inofensivo, como el lunar en la mejilla, podía de súbito transformarse en un síntoma maligno en potencia. Si sus padres estaban los dos ansiosos era difícil que la situación se investigase adecuadamente.

Pienso que este sueño era complejo y muy condensado. Algo de su significado emergió tan solo a la sesión siguiente. Hay un breve destello del paciente cuando pellizca la mejilla de su madre de un modo cruel y doloroso. No obstante, tan pronto se da cuenta de la reacción de su madre, intenta sacarle importancia hasta denegar que le haya hecho el menor daño. También se refirió al apretón de la mejilla y lo que dejó más claro fue no solo el cariz de su ataque agresivo sino también una expresión concreta de su desesperada necesidad de moldear su cara para que el crecimiento amenazador fuese estrangulado y quedar así libre de ansiedad y de culpa. En otras palabras, el sueño ofrecía una representación concreta de la presión del paciente sobre su objeto para que se sometiese como una forma de denegar la realidad psíquica. Esto se dramatizaba en el sueño cuando intentaba persuadir a su madre de que él no le había hecho nada doloroso o cruel.

COMENTARIO

En este capítulo he querido prestar atención a la dificultad con que a menudo tropezamos, en el inicio, para reconocer la complacencia del paciente. Esta puede expresarse de maneras que llevan al analista a creer que el paciente se está comportando de una manera cooperadora y responsable. El analista, con el tiempo, puede darse cuenta de algo repetitivo, de una falta de progreso; se vive un

sentimiento de frustración y aburrimiento y una insatisfacción vaga que concuerda difícilmente con un paciente en apariencia simpático y cooperador. Esta configuración puede alertar al analista de la manera como ha sido llevado por el paciente a una interacción complaciente, tal como Joseph ha descrito (1985).

Abraham detectó y describió estas situaciones clínicas con gran perspicacia haciendo hincapié en el uso que el paciente hace de las defensas narcisistas para protegerse del dolor, de la humillación y del reconocimiento de la importancia terapéutica del analista. Riesenber-Malcolm (1981) llegó a reconocer de qué manera esta pseudocomplacencia era utilizada con fines defensivos: preservaba una relación idealizada con el analista, al tiempo que proyectaba aspectos penosos y persecutorios de la relación (conectados especialmente con el terror de depender) en objetos externos.

En los dos ejemplos clínicos que he presentado con mayor detalle he intentado explorar las funciones defensivas activadas por la complacencia del paciente y también los medios que cada paciente utiliza para crear una complacencia mutua. Esto implica arrastrar al analista a ajustarse a los deseos y necesidades inconscientes del paciente con una combinación de presiones sutiles, seductoras y con amenazas. Creo que se trata de un conjunto de fantasías complejas comunicadas y compartidas a través de la identificación proyectiva, que resulta en la acomodación mutua de paciente y analista, cada uno de ellos complaciente con algunos deseos inconscientes del otro. En esta situación el analista no se da cuenta ni de la complacencia del paciente a sus necesidades ni de su complacencia a las necesidades del paciente.

En el caso de la Srta. T. no era difícil reconocer la presión seductora a la concordancia como con su amiga Juliet. Pienso que el objetivo primordial de esta presión no era el de llegar a una comprensión reflexiva antes bien a tener el objeto presto al acuerdo y confirmar sus propias opiniones. Y en correspondencia, la paciente se sentía presionada a amoldarse a mis interpretaciones, a verse y a funcionar de la manera que yo quería y necesitaba para así despertar mi admiración y afecto. Su sorprendente capacidad de adaptarse a los deseos y expectativas de los demás le procuraba tranquilidad, gratificación y una sensación de poder. Le ofrecía un repetido aunque transitorio sentido de identidad y le protegía del conocimiento de su resentimiento hacia mí, del rol que yo tenía para ella y de la rivalidad, envidia y odio que esto le despertaba.

En el caso del Sr. G., la complacencia del paciente y su deseo de complacencia por parte del analista reflejaban el deseo de crear una relación agradable, mutuamente amistosa y apreciativa en la que privase una denegación de las diferencias y de la dependencia pero con una ausencia de capacidad y creatividad reales. Esta fantasía de complacencia mutua es expresión de un impulso restrictivo y empobrecedor que simultáneamente le protege de la conciencia de estas tendencias que operan en su interior. Cuando en su sueño hay un breve contacto con su agresión al pellizcar la cara de su madre y el dolor y el mal que le causa, intenta inmediatamente suavizar la situación como si nada hubiese ocurrido.

Es muy impresionante que en los dos pacientes que he descrito, cuando yo no me ajusto a sus requerimientos, se produce una súbita erupción de odio y violencia, de la que evidentemente se defendían con la fantasía de complacencia mutua. De este modo, parte del resentimiento hacia el objeto que no se amolda fácilmente, se debe a que confronta el paciente con aspectos de su realidad psíquica que el sujeto encuentra amenazadores. Esto parece relacionarse en particular con la separación y la diferenciación del objeto y con cualquier reconocimiento de la creatividad del objeto.

Volviendo por un momento al Oxford English Dictionary, por donde he empezado, se señala otra definición de complacencia (compliance), que en principio consideré de poca importancia, y que se refiere a la propiedad mecánica de un cuerpo o sustancia de «ceder a una fuerza que se le aplique o de permitir que se imprima un cambio en su forma».

Ahora me sorprende el hecho de que cuando nuestros pacientes son complacientes, en el sentido que he venido mostrando en este capítulo, pienso que se trata de una defensa basada en una fantasía primitiva concreta de ser transformados y transformar el objeto de un modo mecánico para evitar la ansiedad y el dolor, proceso que a veces va ligado a la gratificación.

Lo que he descrito en este capítulo es la creación de una pareja de complacencia mutua que trata de proteger al paciente de la confrontación con la separación y la diferencia y con la dependencia del paciente en su relación con el analista, como figura potente capaz de pensar de un modo constructivo. Paciente y analista podrán soslayar los aspectos perturbadores de la realidad psíquica en la medida que los mecanismos del paciente encajen con los requerimientos del analista y arrastren sutilmente al analista a una enactación complaciente.

AGRADECIMIENTO

Una versión anterior de este capítulo se publicó por primera vez bajo el título: «The defensive uses of compliance», *Psychoanalytic Inquiry* (1999), 19(1), 22-39. Véase <http://www.informaworld.com>.

CAPÍTULO 11

El agravio: la configuración edípica subyacente

La más antigua y la más obsesiva de aquellas visiones es quizá la de la perfecta sociedad sobre la tierra, totalmente justa, totalmente feliz, enteramente racional: una solución final, al alcance del hombre, de todos los problemas humanos, a excepción de uno, algún obstáculo mayor como las ideas irracionales en la mente de los hombres, o la lucha de clases, o los aspectos destructivos del materialismo o de la tecnología occidental; o, una vez más, las consecuencias perniciosas de las instituciones -Estado o Iglesia- o alguna otra falsa doctrina o práctica maléfica; una gran barrera sin la cual el ideal se realizaría aquí sobre la Tierra.

Se desprende que si todo lo que se requiere es la eliminación de este único obstáculo al progreso de la humanidad, ningún sacrificio ha de ser demasiado grande si solo de esta manera se puede conseguir el objetivo. Ninguna otra convicción ha causado más violencia, opresión o sufrimiento. El clamor de que se ha de sacrificar el presente real por un futuro ideal inalcanzable es una exigencia que se ha utilizado para justificar crueldades masivas (Berlin, 1979: 256).

INTRODUCCIÓN

En este capítulo voy a describir los rasgos clínicos que se encuentran en los análisis de pacientes que cultivan un persistente sentimiento de agravio. Intentaré investigar la dinámica subyacente de esta situación tan interesante como cuestionable. La constelación clínica en donde los pacientes utilizan pensamientos particulares o una particular relación de objeto de una forma tenaz y repetitiva, se encuentra naturalmente en trastornos obsesivos, adicciones y perversiones, y es un aspecto central del tipo de organización patológica descrito por Rosenfeld (1971a), Steiner (1993a) y otros. Joseph (1982) ha descrito unos pacientes que se encuentran atrapados en una queja monótona, sadomasoquista, adictiva y gratificante, acusando y reprochando de modo tal que representa un ataque autodestructivo y a la vez un ataque destructivo al proceso analítico. Otros autores se han ocupado, en primer término, del sentimiento del derecho narcisista y las quejas y agravios que conlleva (Freud, 1914; Murray, 1964; Rothstein, 1977 y Weintrobe, 2004). De todos modos lo característico del agravio que yo creo que hemos de distinguir de una queja, es la gran hostilidad, gratificación perversa derivada de las cavilaciones repetitivas con las que el agravio se nutre.

Muchos autores han elaborado los temas del resentimiento y la preocupación por la venganza. Estos estados se consideran como la encarnación de repliegues narcisistas ante la injuria y como el desarrollo de mecanismos omnipotentes para

defenderse del sentimiento de vergüenza y de vulnerabilidad.

Lansky (2001) describe un «estado de lo imperdonable» a consecuencia de una traición que ha causado una severa herida narcisista. Subraya la vergüenza subyacente intolerable que perturba el proceso de elaboración del cual depende el perdón. LaFarge (2006) ha explorado el modo de surgir el afán de venganza a partir de un sentimiento de derrota edípica, la pérdida del objeto amado ante un rival. «Esta pérdida se vive por parte del vengador como injusta e insoportable, como una herida narcisista catastrófica» (LaFarge, 2006: 448). Esta autora sostiene que la creencia del individuo de que su «historia» se reconoce y se pondera como importante por varias figuras externas e internas es crucial para su sentido de significación individual. La injuria narcisista afecta esta creencia y el individuo se ha de esforzar en restablecer el valor de significación por sí mismo y en relación a una audiencia interna (como derivada que es de la audiencia primeriza de la persona, es decir los padres).

Lo que determina si el afán de venganza será una preocupación pasajera o una espina irritativa para toda la vida, es la cualidad de estas fantasías persistentes, en torno a la manera de construirse la significación por parte del self y de los padres, fantasías muy anteriores a la herida específica que dispara el deseo de venganza y que determina si este deseo de venganza sería una preocupación pasajera o un acicate para toda la vida (LaFarge, 2006: 449-450).

Steiner (1993b, 1996) ha explorado la situación que encontramos en pacientes que se sienten lastimados y tratados injustamente y que han sido dominados por el resentimiento y el agravio, que se acompañan del deseo de venganza. De todos modos, a causa de la gravedad y de la naturaleza de las fantasías evocadas, el paciente siente que es demasiado peligroso ir en busca de venganza abiertamente y directamente a través de la acción. En lugar de hacerlo, el paciente se retrae en lo que Steiner llama un «repliegue psíquico» en donde el odio está inserto en una organización compleja y el sentido de haber sido lastimado se constituye en el foco del agravio. Steiner señala que en estos pacientes el odio crónico disimulado, a menudo imbibido de sadismo, sostiene los ataques vengativos enmascarados contra el objeto.

Estos estudios que tienen muchos rasgos en común representan intentos de comprender la base de los fenómenos clínicos que se encuentran en pacientes que manifiestan sentimientos crónicos descritos en términos de rabia narcisista, afán vengativo, resentimiento o agravio. Comparten la observación de que el paciente tiene un sentido de injuria, pérdida o privación que es desleal, injusta y que no ha sido provocada por él. Hay una variedad de teorías para dar cuenta de la persistencia sorprendente de estos fenómenos y de sus cualidades destructivas. Algunas hacen hincapié en la experiencia de herida narcisista catastrófica que se explica como una reviviscencia de una seria frustración, pérdida y amenaza edípica. Estas amenazas dan lugar a complejas organizaciones defensivas que a menudo implican la retirada a un mundo libre de culpa o de cualquier sentido de responsabilidad, dominado en cambio

por un rigor justiciero con fantasías de venganza y de castigo. Numerosos autores reconocen la naturaleza triangular de estas situaciones en las que el paciente, en su fantasía, se implica en una variedad de alianzas que tienen una inequívoca base edípica; el paciente va en busca del reconocimiento y el apoyo de una figura para justificar su odio y su afán de venganza.

Deseo centrarme en uno de estos rasgos: la importancia y alcance de las gratificaciones hostiles y perversas que se desprenden de las cavilaciones repetitivas con las cuales se alimenta el agravio. En el intento de defenderse de la amenaza de una realidad que odian y que les intimida con exponerles a la envidia y a los celos, a la ansiedad y a la culpa, los pacientes mantienen un conjunto de fantasías que expresan los deseos edípicos primitivos. La fuerza de estas fantasías subyacentes contribuye a la excitación y gratificación que se encuentran invariablemente ligadas al agravio.

RASGOS CLÍNICOS

Como es natural, los pacientes siempre tendrán motivos para quejarse de las limitaciones y deficiencias de sus objetos, en el pasado y en la actualidad. En la situación analítica es importante que los pacientes sientan que el analista puede reconocer cómo han sido frustrados u ofendidos por sus objetos primarios o por su analista. La persistencia de sus críticas y quejas puede reflejar el hecho de que los pacientes sienten que el analista no les ha escuchado o comprendido adecuadamente, o pueden experimentar que falta algo importante en la respuesta emocional del analista. Las comunicaciones del paciente y el examen que el analista puede hacer de sus propias respuestas, pensamientos y sentimientos puede ayudarle en realidad a lograr una mejor comprensión de la naturaleza de las quejas conscientes del paciente. El analista también puede llegar a reconocer que los pacientes sienten inconscientemente que han sido desdeñados u ofendidos. Si el analista puede comunicar esto a sus pacientes, puede ayudarles a comprender a sus objetos de una manera más compleja, tridimensional y a movilizar su capacidad de perdonar.

Pero lo que quiero explorar es un estado de la mente esencialmente diferente de aquel que se refiere a una queja o a una demanda de mayor comprensión. En este caso, en cambio, parece que la comprensión analítica nunca es adecuada, nunca es capaz de aportar un alivio o un cambio durables. Los pacientes pueden verse sujetos incesantemente a un sentimiento amargo y resentido de deprivación, de ser excluidos de un lugar al que sienten tener derecho. Los pacientes se sienten amenazados e indignados ante cualquier sugerencia de indagación más amplia, sobre todo si esto supone el examen de su propia contribución a la situación que ha generado su agravio. Ellos piensan que no es por allí donde radica el problema. Al contrario los pacientes sostienen una y otra vez que es el objeto quien ha de cambiar. Se comportan como si la repetición de sus quejas y de sus exigencias pudiese eventualmente tener sus efectos y conseguir un cambio. Como los personajes de una novela de Kafka, los pacientes están convencidos de que el objeto se ablandará o reconocerá finalmente

que su caso es de justicia y cambiará de opinión aunque «tenga que esperar doscientos años» como decía un paciente.

Si los pacientes acaban por pensar que es limitada su propia capacidad de influenciar la manera de pensar y funcionar del analista, pueden apelar en la fantasía o en la realidad a un tercero, sea un individuo o una especie de «jurado». Esta tercera parte justa y razonable no podría dejar de reconocer la justicia de su «caso». Y de este modo, con tal apoyo se podría formar una alianza poderosa y crítica capaz de ejercer una presión moral y profesional sobre el analista para que modificara su opinión. Sin duda una característica del agravio es que los problemas de moralidad pasen al primer plano: el paciente adopta una actitud justiciera en esta poderosa alianza, reforzada por el sentimiento de estar en posesión de una verdad potente e incontrovertible.

Un paciente puede explicarse el fallo del analista en reconocer la «verdad» a causa de la presencia y la intervención de un tercer objeto que apoya o controla al analista. Sería este objeto, la pareja, un colega, un supervisor o una organización profesional con sus reglas, aquello que impide al analista satisfacer los deseos del paciente y las inclinaciones naturales del terapeuta.

Y aun así, aunque los pacientes (y a veces el analista) pueden actuar como si creyeran que estos cambios llevaran, de hecho, a la resolución del agravio, pienso que una parte de duda siempre está presente. Sospecho que consciente o inconscientemente, los pacientes siempre se dan cuenta de que el agravio se basa esencialmente en fantasías tempranas, primitivas y está investido con intensas emociones de deseo, excitación y sadismo; que por tanto no puede haber una solución como en el caso de la complacencia.

Un paciente describía, con amargura, una escena repetida de su infancia. Su madre entraba en su habitación cuando estaba tomando la siesta habitual, se desnudaba de manera provocativa diciéndole que no mirase y después se tendía con él en la cama. En su recuerdo, al cabo de un rato, la madre era reclamada por el padre que la esperaba en el dormitorio que estaba situado al lado del salón. El paciente reconstruía la escena como un rasgo de su padre celoso, posesivo que reclamaba el objeto de su deseo, privándole a él de la amenidad y la gratificación que al parecer su madre quería dispensarle. Casi podía persuadirse de que ella hubiera preferido quedarse con él. En su fantasía su tarea era encontrar una manera de aliarse con su madre, separándola del padre y expulsando al padre intruso de la mente de su madre.

En la sesión, al hablar de esto, era palpable la presión que ejercía sobre mí para que me pusiera de su lado en una visión crítica de la conducta desafortunada y seductora de su madre. Me invitaba a especular sobre las motivaciones y la naturaleza de la relación sexual parental. Se daba por supuesto que yo compartía su teoría de que su problema sexual podía achacarse a la conducta de su madre y a su psicopatología subyacente. Al no aliarme con él, manteniendo en cambio mis propios criterios sobre la naturaleza de sus dificultades y sus orígenes, yo mismo pasé a ser el objeto de su agravio. Yo también le había seducido haciéndole creer que constituíamos una pareja

que se gratificaba mutuamente compartiendo la misma cama mental. Si ahora le daba cualquier evidencia de la presencia en mi mente de un punto de vista diferente, él se sentía traicionado y abandonado como le ocurrió en el pasado. Y entonces, a su vez, se sentía movido en la fantasía a dirigirse a otro terapeuta que le apoyara realmente, que comprendiera la situación con su madre en la forma que él exigía.

En el análisis el paciente con frecuencia está empeñado en capturar (o recapturar) la mente del analista como el objeto con el cual se establece una relación incestuosa que separa al analista de cualquiera que impida la realización de los deseos del paciente y por tanto (en su fantasía omnipotente) eliminar la causa del agravio. En el breve ejemplo citado esto supone separar al analista de sus propios modos de pensar y comprender. Existe a menudo en el agravio una actitud intensa y evidente que se expresaría con un «si tan solo...», que puede ejercer un reclamo seductor sobre el analista. Si tan solo se diera cuenta de algo, si tan solo cambiase, si tan solo me volviese a colocar en mi lugar, entonces vería usted cómo se desborda la bondad, el amor y la gratitud de que yo soy capaz. No obstante, cuando fracasan estos intentos razonables de persuasión, coerción o seducción, el sentimiento subyacente de deprivación, ultraje y persecución queda concentrado en el propio analista. El odio y los ataques ahora no van dirigidos a un tercer objeto que seduce al analista/madre y lo separa del niño como en el caso arriba citado, sino al objeto cruel, deprivador situado en el interior del mismo analista/madre.

Tanto la versión idealizada como la hostil de la relación suponen un ataque a las capacidades del analista para mantener su propia perspectiva, su propia manera de pensar y de resistir a ser llevado a una reenactación repetitiva de aquellas relaciones arcaicas de objeto. Estas actividades y estas funciones del analista son odiadas por el paciente y dan pie a que este intente seducir y provocar al analista a las enactaciones que he descrito. El paciente haría cualquier cosa y si es necesario apelará a un tercero para lograr la solución requerida. Creo que Isaiah Berlin alude a este estado de la mente cuando se refiere a la creencia en la necesidad de suprimir tan solo un obstáculo para conseguir una sociedad perfecta sobre la tierra y que en la lucha para extirpar este obstáculo no hay esfuerzo que sea demasiado grande ni crueldad que pueda tildarse de excesiva.

De todos modos si de un modo manifiesto la presión se dirige a lograr que el objeto cambie, se evidencia por lo general que los pacientes no creen del todo que esto pueda lograrse. Al contrario, los pacientes, desesperanzados, se sienten acorralados en un lóbrego callejón sin salida. Y es de notar que los pacientes no esperan que algo cambie en ellos. Se defienden del desespero afincándose tenazmente en la fantasía de que algún día (quizá al cabo de doscientos años) pueden convertir al analista en la figura gratificante y protectora que ellos requieren. De esta manera los pacientes se defienden de aspectos amenazadores de la realidad y también de la convicción profunda de la presencia de elementos destructivos y odiosos dentro de su objeto y en los aspectos persecutorios de su relación.

Los sentimientos de desvalimiento, de frustración y desespero que se despiertan

en el analista por las quejas y demandas repetitivas del paciente pueden imponerle una considerable presión consciente e inconsciente para que cambie su manera de concebir la situación y su modo de trabajar. El analista puede, en realidad, llegar a compartir el criterio del paciente de que la comprensión analítica es inapropiada y nunca será de la menor utilidad.

El paciente, a la desesperada, puede proponer un trato al analista. Si el analista reconoce sus deficiencias y sus fallos o se responsabiliza de lo que le corresponde, el paciente hará lo mismo. Las ventajas de este trato que puede apelar a la necesidad del analista de ser razonable es que brindará a paciente y analista un *modus vivendi* sin que el paciente tenga que modificar o renunciar a las fantasías subyacentes que están relacionadas con la base del agravio.

Las ansiedades contratransferenciales que surgen en el analista le inclinan a aceptar el «trato» sobre la base de que el analista es desde luego responsable de algún perjuicio ocasionado al paciente. Como ya he sugerido, el analista puede incluso llegar a compartir la creencia delirioide del paciente de que alguna acción simpática y propicia, expresada en el «trato», podría suprimir la motivación del agravio.

A pesar de todo los analistas responden con frecuencia de un modo que refleja la respuesta del paciente, volviéndose en la fantasía o en la realidad hacia figuras poderosas con las que el analista está aliado y de las cuales obtiene apoyo y reaseguramiento. Tal figura o figuras no pueden dejar de reconocer que si el analista no puede ser perfecto es el paciente, y no el analista, el irrazonable difícil o loco. La conciencia que puedan tener los analistas de su respuesta contratransferencial puede ayudarles a reconocer el miedo consciente o inconsciente del poder de la alianza fantaseada contra ellos y su labor. Este reconocimiento también puede alertar al analista de la naturaleza de la ansiedad del paciente por las consecuencias amenazadoras del vínculo de los otros dos elementos poderosos del triángulo edípico.

DINÁMICA INCONSCIENTE SUBYACENTE

Klein (1952) escribe:

A veces el analista parece representar a la vez a ambos padres... con frecuencia en una alianza hostil contra el paciente, por lo cual la transferencia negativa adquiere una gran intensidad. Lo que entonces se ha revivido o se ha puesto de manifiesto en la transferencia, es la mezcla, en la fantasía del paciente, de los padres como una figura única, la «figura parental combinada»... Esta es una de las formaciones fantasmáticas característica de los estados precoces del complejo de Edipo que, si se mantiene vigorosa es perjudicial para la relación de objeto y para el desarrollo sexual. La fantasía de los padres combinados extrae su fuerza de otro elemento de la vida emocional temprana, es decir de la envidia poderosa asociada con los deseos orales frustrados... En la mente del bebé, cuando es frustrado (o insatisfecho por causas internas), su frustración se enlaza con el sentimiento de que otro

objeto (pronto representado por el padre) recibe de la madre las gratificaciones apetecidas y el amor que se le niega en aquel momento. Ahí radica la fantasía de que los padres están combinados en una gratificación mutua permanente de una naturaleza oral, anal y genital. Y esta es, a mi parecer, el prototipo de las situaciones de la envidia y de los celos (Klein, 1952: 54-55).

Sugiero que el agravio se relaciona con la existencia persistente, en la mente del paciente, de la configuración deprivadora y persecutoria a que Klein se refiere. Esto puede implicar la relación del analista con un objeto externo o puede referirse a la capacidad del analista de mantener un intercambio creativo con su propia mente, de tener sus propios pensamientos y juicios. Los pacientes, como resultado de la proyección de sus propios celos y envidia, se sienten excluidos por motivos crueles y sádicos de la unión gratificante que desean y a la que creen tener derecho.

La intensidad y persistencia del agravio resultan de la preocupación del paciente con su versión primitiva de la pareja edípica. La identificación del paciente con uno o con ambos de los participantes de esta pareja excitada y sádica da cuenta de la gratificación y excitación ligada con estas fantasías.

Cuando el analista es capaz de librarse de la presión que sobre él se ejerce para que encarne las relaciones arcaicas de objeto del paciente y puede pensar y comprender la situación de diferente manera, esto suscita el odio y la violencia del paciente (Segal, 1978; Britton 1989). Los intentos del analista de funcionar como analista para confrontar al paciente con aspectos dolorosos o amenazantes de la realidad psíquica, no se experimentan como una ayuda antes al contrario como el ataque por parte de un objeto familiar, cruel y odioso que priva al paciente de la curación de su sufrimiento.

El hecho de que los pacientes que viven bajo el peso de un agravio necesiten repetidamente ponerse en evidencia, «hacer de ello todo un caso», recabar acuerdo y reaseguramiento, sugiere que tienen un cierto grado de contacto con la realidad y no han llegado a oscurecer del todo la conciencia de la real importancia y el papel de sus sentimientos de celos, de su destructividad y de su temor a sentir culpa. Hay que decir que acceden a un cierto grado de contacto con la realidad psíquica amenazadora y detestable, y tienden a asegurarse un apoyo poderoso y a convencer a los demás. Los pacientes tratan de atacar y desprenderse de aquellos elementos de la realidad psíquica que interfieren su realización de la relación de objeto fantaseada, dondequiera que aquellos elementos estén situados. Si la conciencia de sus limitaciones o de su destructividad ha sido proyectada en la mente del analista, han de hacer lo que puedan para eliminar aquella parte de la mente del analista que posee tal conocimiento pues la existencia de este estado de la mente interfiere en la actualización de la fantasía. Al contrario, el paciente que está más totalmente anclado en una creencia delirante, cuya defensa contra la realidad psíquica es más poderosa, no tiene la necesidad de persuadir, de hacer evidente o de exigir complacencia puesto que la destrucción de la realidad psíquica ha sido mucho más efectiva.

Quiero señalar que en algunos pacientes las experiencias inevitables de contrariedad y de injuria dan pie al agravio que sirve para denegar la realidad de la pérdida o los tormentos de los aprietos edípicos infantiles mediante la construcción de un conjunto de relaciones de objeto compensatorias, semidelirantes que he tratado de describir. El agravio extrae su fuerza y persistencia de las fantasías de implicación en una versión perversa, sadomasoquista, excitada de las relaciones parentales con una vida propia. La investidura de estas fantasías se refleja en las descripciones elocuentes de la persona que fomenta su agravio, que lo alimenta, manteniéndolo y utilizándolo para defenderse de la realidad.

PRIMERA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

La señorita O. es una mujer joven, la mayor de cuatro hermanos. Es alta y esbelta con una larga cabellera rubia pero con un ligero trastorno congénito de la columna vertebral. Describió sus primeros años en términos idílicos. Su familia vivía en una casa magnífica de Devon y recordó que, durante el verano, jugaba en su parque, en el jardín con su madre que iba recogiendo muy diligente todos los juguetes que ella lanzaba.

El segundo embarazo de la madre resultó desconcertante y traumático para la paciente. El negocio de su padre pasó momentos difíciles y su madre había tenido que cuidar de un familiar enfermo. Sus padres estaban ansiosos y preocupados pero trataron de ayudar a su hija, animándola a «compartir» el embarazo, a pensar como si se tratara de su bebé, de modo que en realidad se fomentó una identificación confusa con su madre. Presentó una retención de heces con el vientre hinchado dando con ello expresión concreta a su confusión. Después del nacimiento de su hermano sintió que todo había cambiado, se trasladaron a una casa pequeña y oscura de una ciudad industrial del norte que ella detestaba, y el mundo se volvió triste y solitario.

Afrontó la situación adoptando el papel de la hermana mayor extremadamente buena y sensible que ayudaba a su madre en la asistencia del bebé. Su nuevo hermano, un niño atractivo y vigoroso llegó a ser el centro de la atracción y el amor de sus padres. Su madre admiraba su talento artístico y esperaba que fuese el artista que ella había soñado llegar a ser, y su padre hacía planes para que fuera un jugador de fútbol. Después de un lapso de unos pocos años mejoró la situación de la familia y llegaron otros dos hijos. En el análisis se hizo evidente que el gran resentimiento de la Srta. O. hacia sus padres estaba centrado en su hermano mayor; tenía un profundo sentimiento de agravio, la creencia de que había sido despojada de todo lo que en justicia le pertenecía.

Como niña mostró un brillante desarrollo intelectual precoz y se apasionó de modo absorbente por los libros de cuentos de hadas, mitos y leyendas que le permitían recrear el período legendario en que ella era la princesita con su magnífica casa y con su madre totalmente dedicada a ella; o en otros momentos ella era la reina con el padre a su lado y era ella la que tenía los bebés.

En el curso del análisis se puso de relieve que tras la visión romántica de sus primeros años y la versión idealizada de la relación con su madre, había una relación mucho más perturbada con sus padres. Se sentía privada del cuerpo y de la mente que con derecho le pertenecían, sentía que le habían robado el lugar especial con su madre y (separadamente) con su padre. Tras la experiencia de haber sido relativamente negligida, había la fantasía de que sus padres individualmente y como pareja combinada la miraban con una hostilidad y crueldad inexplicables.

Sostenía el parecer de que ella no debería sufrir en absoluto como si se sintiese con el derecho a una relación idílica con alguien nunca al albur de sufrimiento, celos y frustración. Cualquier intento de objetar esta creencia la llevaba a retraerse herida y agraviada. Pienso que esperaba que su analista apoyara estas creencias semidelirantes o delirantes como sus padres habían sentido la necesidad de hacerlo, suprimiendo cualquier expresión franca de decepción, crítica u hostilidad. Era como si ellos tuvieran que compartir la idea de que ella era una criatura especial y frágil que tenía que estar totalmente protegida. Cuando sus objetos dejaban de protegerla de esta forma sentía justificadas sus quejas llenas de resentimiento contra ellos; si tan solo se la hubiera tratado en la forma que ella requería, las bellas cualidades que atesoraba hubieran podido florecer.

Por un lado se veía a sí misma perseguida y empobrecida tratando de sobrevivir, pero por otro lado se sentía superior, como una princesa con atributos y lujosas posesiones que tenía que esconder para no provocar peligrosos ataques envidiosos. Estas dos versiones tan opuestas de sí misma se vinculaban en su mente con los períodos anteriores y posteriores al nacimiento de su hermano.

Hubo una intensa presión no solo a que yo debía reconocer y simpatizar con su punto de vista en cuanto a la manera como había sido tratada, la amarga crueldad e injusticia que había sufrido; el análisis tenía que enderezar esta situación de una manera mágica. Y así trataba de utilizar el análisis para mantener la visión omnipotente y narcisista de sí misma. Cuando me veía como alguien que no la apoyaba, reaccionaba desconcertada y asustada y yo me transformaba en el objeto de su agravio, una figura que no la comprendía, privándola y robándola de nuevo de una manera cruel y sádica. Lo que también se hizo evidente con el progreso del análisis era la gratificación que obtenía con su rol de figura deprivada y atormentada, un papel que revelaba las propias fantasías de la paciente cargadas de excitación sádica y masoquista.

A veces utilizaba la identificación proyectiva para protegerse del excitado mundo sadomasoquista que a veces la llevaba a una confusión acerca de su identidad. Al comienzo de la sesión se sentaba en el diván en perfecta sintonía conmigo al sentarme en la butaca. Esta creencia casi delirante en su identidad como el analista, la madre o la reina, implicaban la escisión y proyección en el analista del conocimiento y conciencia de sus limitaciones y dificultades.

Siempre que de una u otra manera lograba un éxito, tenía dificultades de disfrutar

abiertamente de su triunfo porque estaba ansiosa por el impacto que esto pudiera causar en los demás. Pienso que nunca se libraba del miedo de ser acusada de haber tomado posesión excitadamente de las funciones ajenas y de continuo tenía que anticipar y prever las reacciones que yo podría tener ante sus logros. Ella respondía a mis intervenciones sea abonando el hecho de jugar ella un papel especial, o más habitualmente las tomaba como una acusación que la desmoronaba e intentaba robarle algo.

Como voy a ilustrar a través de un sueño esto hacía de mí, con frecuencia, una figura desagradable y amenazadora de la que tenía que protegerse y esto aumentaba el atractivo seductor del mundo omnipotente pero sin vida en que ella se replegaba. En aquel mundo pienso que se sentía poseedora del pecho, del pene o del bebé (representado por mis pensamientos y mi conocimiento analítico) pero que habían sido adquiridos de un modo peculiar, por una especie de robo que nunca podría darle fuerza o seguridad alguna.

En la sesión de un lunes, fui a buscar a la paciente a la sala de espera y la seguí escaleras arriba. Siempre andaba lentamente de una manera deliberada y un tanto afectada pero me di cuenta de que estas particularidades eran más acentuadas en esta ocasión. Causaba impresiones contradictorias y particulares, el cuerpo alto y esbelto que daba la impresión de una modelo y los movimientos extraños de una muchacha poco grácil y a disgusto con su cuerpo. La paciente empezó preguntándome por un próximo día festivo y después me dijo que había estado soñando todo el fin de semana. El sábado por la noche había tenido un sueño que tenía que ver con vestidos hermosos y caros, quizá como vestidos de reina, algo valioso que ella tenía que proteger. En el sueño salía este edificio -parecía familiar- y ella subía unas escaleras perseguida por un perro feo y amenazador. Finalmente consiguió que se marchara y la dejara sola.

En la parte más alta del edificio llegó a una habitación, hermosa pero sin ventanas. Allí había alguien como una princesa, alguien muy bella y famosa con un cabello precioso, joyas, unas prendas de ropa muy trabajadas sobre la mesa y ella tenía que proteger todo aquel tesoro. La paciente hablaba lentamente y un poco indiferente. Después me habló de algún trabajo que había hecho durante el fin de semana. Estaba relacionado con una tarea importante que le habían encomendado. No dijo nada más con respecto al sueño.

Pensé que la paciente estaba transmitiendo en el sueño, en sus movimientos y en su manera de hablar un estado de suntuosidad regia pero sin vida, en el cual se había refugiado. Se defendía de cualquier ansiedad o preocupación en torno a la experiencia de separación y la manera de hacer frente a la interrupción del fin de semana y de las próximas vacaciones tanto en su intensiva ocupación con su importante tarea como por la manera onírica en que se recluía en lo alto del edificio, protegiendo un estado muy precioso, representado por aquellas joyas. En mis intentos de referirme a la grandiosidad y a su omnipotencia y a mi conocimiento de las ansiedades subyacentes, yo estaba representado por este perro feo y amenazador que intentaba perturbar su

estado principesco y sus ideas preciosas que podían despojarla de toda aquella riqueza, si bien fue capaz de ahuyentarme con éxito.

Este repliegue en una grandiosidad silenciosa, un mundo aislado de cuento de hadas y de mitos, en que ella cuidaba de sus joyas y las protegía de los ataques envidiosos de su turbulento hermano y de su madre era un rasgo distintivo de la infancia y adolescencia de esta paciente. Los sentimientos de inadecuación, dolor y pérdida y el odio y envidia que en ella despertaban y que le eran tan difíciles de tolerar, se proyectaban en sus objetos. Al mismo tiempo ella retenía la creencia delirante en sus heces equiparadas a un bebé; y así, experimentaba sus ideas e interpretaciones como joyas valiosas en su interior que ahora tenía que poner a salvo del analista. Pienso que esta forma de sentir y pensar se basaba en el sentimiento de haberse apropiado de las cualidades valiosas y potentes de su madre o de su padre, o de tener un control exclusivo y posesivo de uno de los padres con el cual se implicaba o identificaba masivamente.

Las fantasías arcaicas, primitivas de la paciente se representaban en su sueño y en la manera de presentármelas en la sesión analítica, seguida y perseguida por una figura en la cual se habían proyectado odio y sentimientos envidiosos y que trataba de robarle las joyas preciosas de las cuales ella se había apropiado. Pienso que había también una ansiedad muy diferente expresada en el sueño que se debía a una preocupación más realista de que yo intentaba atacar este estado narcisista reduciéndola a una niña normal o a una simple paciente. Y esto era concebido por ella no solo como una perspectiva dolorosa, pues también la vivía como catastrófica.

SEGUNDA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

La paciente que ahora va a ocuparnos tenía menos rasgos en común con la Srta. O. pero parecía más capaz de reconocer y tolerar el sentimiento de vacío y desolación. La Sra. Y. también reveló la existencia de un conjunto de creencias semidelirantes acerca de sí misma, de su cuerpo y de su papel en relación con sus padres. Como en el caso de la Srta. O. estas creencias estaban centradas en un número de recuerdos y fantasías idílicas en sus propias y particulares cualidades de hermosura y de inteligencia y en sus relaciones románticas y erotizadas con cada uno de sus padres en uno y otro momento. Estas fantasías y creencias se utilizaban para protegerse de experiencias insoportables de incapacidad, celos y abandono. Cultivaba agravios profundos y persistentes contra sus padres a los que culpaba de cualquier cosa desventurada que hubiera podido ocurrirle en su vida. Análogamente, en el análisis, después de una «luna de miel» inicial durante la cual el análisis iba a transformarlo todo muy deprisa, emergió un agravio crónico, fraguado lentamente contra mí por mi manera de responder a sus expectativas, a lo que ella aportaba y a lo que yo dejaba de ofrecerle a cambio. Quedó claro para mí que su terapeuta anterior la había comprendido mucho mejor, era mucho más sensible y en contacto con sus necesidades y había podido ayudarla de un modo que yo no podía o no quería. Me indicó que a menudo se volvía hacia él en su imaginación y le expresaba su

frustración y disgusto conmigo de un modo que no podía dejar de suscitar su simpatía y apoyo. Yo era con toda evidencia el objeto vulnerable a las críticas y al desprecio por parte de esta alianza poderosa con su anterior analista.

La Sra. Y. estaba casada y cuando vino a verme en la consulta inicial, había finalmente quedado embarazada, después de muchos años de dificultades para concebir. También se había matriculado en un curso avanzado de ciencias sociales y fue a causa de estas obligaciones que había tenido que dejar su terapeuta anterior. Sentía que había sido útil para ella y dejó claro que le dolía mucho tener que cambiar.

En esta consulta la Sra. Y. se refirió a sus dificultades con los hombres y añadió como algo natural que probablemente esto se debía a la relación con su padre. Relacionó el proyecto de cambiar de terapeuta con una experiencia de su infancia que tuvo lugar cuando su padre estaba trabajando en el extranjero y ella vivía en el campo por algunos meses con su madre y hermano. Recuerda esto como un tiempo idílico y se disgustó mucho cuando su padre lo interrumpió al llamarles para que se fueran con él. Su padre es un médico internista atareado y con éxito. La paciente parece haber tenido con él una relación complicada, erotizada y sadomasoquista. Hizo una descripción más bien superficial, idealizada de la relación con su madre y se irritó cuando yo intentaba seguir explorando.

Se refirió a una historia en relación con su destete a la edad de nueve meses. Sufrió una enfermedad ligera y perdió el apetito pero cuando lo recuperó y se interesó de nuevo por la comida su madre ya no tenía leche. Según su padre ella se enfadó mucho y él pensó que se había deprimido.

En los primeros meses del análisis la paciente podía expansionarse a veces en recuerdos idealizados o en fantasías sobre experiencias de su infancia como por ejemplo vacaciones familiares en una casa preciosa llamada «Shangri-La» en una pequeña isla de las Scilly. Su adolescencia parece haber sido realmente una época difícil y turbulenta y creo que ella fue muy infeliz. Estaba preocupada con el tamaño y la forma de su cuerpo y arrastró a su padre a implicarse de una forma poco apropiada con esto. Persuadió a su padre para buscar a un colega que practicara una cirugía plástica para sus pechos, pero más tarde estuvo resentida y lo culpabilizó a él de aquella iniciativa.

Se puso en evidencia que experimentaba mucha confusión e incertidumbre con respecto a su cuerpo y su sexualidad y más tarde en el análisis describió fantasías sexuales que incluían la posesión de un pene. Si mostraba escaso interés por la sexualidad adulta, se comportaba en cambio como si se considerase interesante y atractiva en extremo tanto intelectual como sexualmente; una vez dijo que creía poder seducir a cualquiera, incluso a su analista, si le venía en gana. Habitualmente era crítica y se mostraba insatisfecha con su marido, desvalorizando sus esfuerzos y realizaciones. Le dolía su dependencia de él.

Desde que se graduó unos ocho años antes, estaba preocupada por si tenía que

dedicarse a una tesis doctoral sobre las tragedias isabelinas sobre la venganza, o si intentaba quedar embarazada. Nunca hizo mención de procurarse un empleo o de ganar algún dinero. Pese a haber sido aceptada en la formación de ciencias sociales, parecía sentir poco interés por este tema.

La sesión que deseo describir tuvo lugar un viernes, después de unos seis meses de haber empezado el análisis.

La paciente entró pausadamente en el consultorio, como de costumbre, y me echó una mirada precavida y desdeñosa y echó su bolso en el diván, junto a la pared, se cruzó de brazos y piernas y quedó en silencio. Su estómago murmuraba y luego se puso a hablar con una voz blanda y monótona.

Mi estómago hace mucho ruido esta mañana. Creo que tengo hambre. Fue interesante ayer noche. Me doy cuenta de lo conservadora que soy con la comida. No es muy sorprendente por lo demás. Se trata más bien que no quiero contrariarme si algo me ronda por la cabeza, como un bebé.

V Anoche, después de acostar al bebé mi marido se ofreció para hacer los postres, me prometió hacer algo especial. Lo que a mí me apetecía era un helado que había comprado días atrás. Esto es lo que quería. Él quería utilizar el helado y combinarlo con alguna fruta. Yo no quería esto pero al final es lo que tuve. Era muy bueno. (Dijo esto con una voz muy apagada). Cuando era niña siempre insistía en comer las cosas por separado, cosas diferentes no tenían que mezclarse en un puré.

En realidad hoy me siento mejor. Es diferente cuando puedes dormir seis horas dos noches consecutivas. Trato de recordar lo que estaba pensando ayer en relación con mi tesis. ¿Qué significaría si renunciara a hacerla? Sería como perder una cosa importante con la cual he tenido una relación durante mucho tiempo. (Esto era una referencia a una interpretación de la sesión anterior).

Había algo muy característico en su modo de relacionarse conmigo y con el análisis. Si la paciente parecía quererme mostrar que había detectado algo importante de sí misma, su tono y sus maneras eran de descontento, de persona ofendida y agraviada, incluso cuando decía «era muy agradable». Continuó diciendo que ahora se encontraba mejor pero era evidente que no hacía referencia alguna al «postre» que se le había ofrecido en las sesiones anteriores. Necesitaba convencerse de que lo podía hacer todo por sí misma y no quería que se «combinaran» sus propias contribuciones y las mías, que se «mezclaran como en un puré» cosa que le resultaba insoportable.

A aquellas alturas yo sentía que de cualquier modo que hubiese tomado esta comunicación inicial, me hubiera dado a entender que no tenía razón y que sería objeto de resentimiento y de agravio. Si le hubiese hecho notar los paralelismos

obvios entre sus dificultades en el análisis y sus dificultades alimenticias en su niñez y en la actualidad, esto hubiese confirmado sus expectativas que de uno u otro modo ella sería criticada y culpabilizada y que al fin y al cabo me había dicho cosas positivas. Si yo hubiese orientado mi intervención en el sentido de que en realidad había disfrutado con el postre de su marido y que se sentía mejor, hubiese sentido que me comportaba defensivamente dejando de lado su decepción y frustración.

Lo que saltaba a la vista era la actualidad en la paciente de una serie de fantasías sobre sí misma y su propia creatividad y fantasías sobre la manera en que necesitaba ser tratada y de lo cual se sentía constantemente deprivada. Sentía que se le exigía que se ajustase a lo que se le ofrecía, cosa que el objeto podía considerar que era «especial» y que ella podía a veces reconocer a regañadientes pero que no era lo que realmente requería.

La paciente continuó diciendo:

Ahora me parece mejor volcarme en la tesis que no hacer nada. Me da pánico quedarme sin nada. Durante cuatro años me he mantenido firme con esta labor. Al mismo tiempo intentaba quedar embarazada; no tenía sentido ir en busca de cualquier otro trabajo o carrera.

Una de las razones para empezarla era que en el ínterin había un año que llenar de una u otra manera y no pude pensar en hacer cualquier otra cosa. No había alternativas. También está mucho más ligado con la relación con mi padre. Si no hubiese estado haciendo la tesis ¿qué cosa podría tener yo que pudiera interesarle? De alguna manera se suponía que el trabajo académico era un especial vínculo con él. Así y todo no puedo acabarlo. No puedo permitir que nadie más me ayude. Esto resultaba más claro. No puedo permitir que nadie más fertilice el proyecto. Lo llevo grabado muy adentro. Me parece de veras más cómodo encontrarme en un estado de potencialidad - estar embarazada. Pienso que tiene usted razón, este es el motivo de pensar de nuevo en quedar embarazada y me parece muy agradable. Me acuerdo de que disfruté mucho estando embarazada, aunque los últimos meses me sentía incómoda y acalorada. Estaba muy gorda. Era algo que había deseado durante tanto tiempo. Amanda cumplirá diez meses mañana. Me gustaría tener otro bebé. Pienso que no tiene sentido esperar mucho más. Puede que requiera algún tiempo poder quedarme embarazada. Y sin embargo a veces me encuentro pensando ¿por qué, por qué, quiero de veras estar embarazada? ¿Lo quiero de verdad? ¿Quiero criar otro hijo además de Amanda?

La manera de llegar la Sra. Y. al consultorio transmitía un resentimiento por el hecho de tener que venir, una imposición que perturbaba su tiempo. También expresaba que sería difícil o imposible permitir que ella o su analista pudieran obtener cualquier cosa creativa. Quizá era mejor que nada y ella «no podía pensar en hacer alguna otra cosa», «no era cuestión de imaginarse con otro trabajo u otra carrera» mientras estaba esperando otro embarazo que la transformaría. Es muy

consciente de que sus objetos esperan cosas de ella; su esposo espera que ella sabrá apreciar su «esfuerzo» especial, su padre espera que tendrá sus éxitos académicos. También supone que su analista cree que le está ofreciendo algo «especial» y espera su reconocimiento y sus progresos pero todo esto sirve para que ella se sienta bajo el peso de una imposición.

Parece reconocer lo difícil que es para ella que alguien contribuya -con alimento, con un embarazo, con su carrera o con el análisis. En el análisis han surgido poderosos problemas de rivalidad y envidia, pero yo creo que la razón principal de las dificultades expresadas en este material es que la paciente siente que por mucho que yo me esfuerce, cualquier cosa que le ofrezca como valiosa, no llegará a satisfacer sus fantasías de ser en algún modo transformada, restaurada y alcanzando el estado al que cree tener derecho. Como la paciente anterior siente que nadie es capaz o que nadie quiere instalarla de nuevo en el mundo de «Shangri-La». La única cosa que la paciente puede hacer es llenarse hasta la saturación con la comida o con un embarazo pero creo que reconoce que en realidad ninguno de estos recursos tiene éxito. Había algo en su fantasía de embarazo que disfrutaba de veras. Pienso que estaba relacionado con la fantasía de que el embarazo, finalmente, la transformaría pero entonces se acuerda de la realidad de estar incómoda y acalorada y que su experiencia de ser madre le ha supuesto muchas dificultades y frustraciones. Sus referencias a otro embarazo están llenas de dudas y de potenciales decepciones.

La Sra. Y. dijo:

No la puedo acabar. No voy a permitir que nadie me ayude... no puedo permitir que alguien más fertilice el proyecto. Esto lo llevo arraigado dentro de mí. Me parece realmente que me siento más cómoda en un estado de potencialidad, estando embarazada.

Creo que la paciente expresa la conciencia de una seria dificultad que siente tener y que a veces la preocupa. De todos modos, lo que ha quedado claro en el curso de las sesiones es la naturaleza persistente de este «estado de potencialidad» en que hay algo arraigado en su interior, y que ella experimenta su objeto como incapaz y sin ganas de ayudarla. Aunque esto es una situación desesperada y torturante tanto para ella como para su objeto, también le proporciona una importante fuente de gratificación sadomasoquista que en parte la colma.

1 En la sesión comenté la manera como necesitaba hacer las cosas. Parecía importante reasegurarla (y reasegurarme) que ella no estaba vacía que había cosas que podía reconocer y a las que podía agarrarse aunque tuviera que hacerlo con su propio estilo. No obstante, lo que expresó es que ella no creía que pudiera surgir algo constructivo de este diálogo.

Estuvo en silencio y después dijo: «Mi primer impulso es enfadarme diciendo que hago lo mejor que puedo, que lo intento pero esto parece familiar y no nos llevará a ninguna parte. Sencillamente, me quedo con este vacío.»

Le dije que yo pensaba que se asustó cuando me referí a su preocupación por no ser capaz de producir algo nuevo, algo realmente vivo que pudiera satisfacerla. Por un momento pudo animarse con el enojo y el resentimiento pero no parecía que esto le ayudara demasiado.

La Sra. Y. continuó:

Me parece que no tengo la menor creencia de que lo que digo aquí pueda tener algún valor. Es lo que usted dijo antes. Muchas veces oigo lo que usted dice y me parece algo más que una crítica, exactamente como una aniquilación total de todo lo que he dicho. Como le dije anteaer yo esperaba de verdad que al haber hablado y pensado en la idea de la tesis en relación con quedar embarazada, podría creer que tener un bebé supondría una diferencia pero ya recaigo en lo mismo. Así pues, nada, no puedo creer que hablar de esto nos lleve a algo diferente. Y si es así, me pregunto por qué diantres estoy aquí. Parece demostrado que nada cambia en modo alguno. Y todo esto es, de nuevo, muy familiar.

Pensé que la paciente se había evadido muy deprisa del breve contacto ansioso y desesperado que, a mi entender, ella sintió que yo había reconocido. En su lugar evocaba más bien una versión sadomasoquista de la interacción conmigo en la cual yo estaba «aniquilando» todo lo que ella decía y ya no sabía por qué estaba aquí ya que no suponía diferencia alguna. Tuve la fuerte impresión de que no estaba plenamente convencida de que fuese tan atacada ni tampoco de su falta de esperanza en el análisis. Pensé que el reconocimiento de que esto era «muy familiar» reflejaba el hecho de que se había replegado en un lugar familiar cavilando de un modo que expresaba su agravio y le procuraba un refugio gratificante.

Un poco más tarde en la sesión, la Sra. Y. dijo sentirse «colapsada por dentro», como una muñeca mecánica que espera a que alguien «le dé cuerda». Después osciló desde este estado de vacuidad, en que no creía que nadie pudiera pensar que tenía capacidad alguna, a un estado muy diferente que revelaba una visión graciosa y omnipotente de sí misma y de su talento. Uno de los recursos que le permitían hacer este movimiento, tan evidente en la sesión, consistía en «darse cuerda a sí misma» con su resentimiento amargo y airado, su poderoso sentimiento de agravio que, aunque nos era familiar a los dos, llevaba de todos modos una carga de excitación.

Pienso que este material confirma hasta qué punto la paciente siente en realidad que hay muchas cosas que van mal en ella, en su cuerpo, en su mente, en su identidad sexual y en sus posibilidades creativas. Ella sigue sosteniendo que sus padres o su analista son responsables de este estado de cosas y se aferra al conjunto casi delirante de creencias de que si le facilitaran lo que necesita y a lo que tiene derecho, volvería a recuperar aquel mundo en que ella era la princesa tan hermosa, brillante y seductora, con derecho a vivir para siempre en una casa idealizada, en el campo con su madre y su hermano, mientras el padre enojoso y desagradable seguiría en el extranjero; o viviría en Shangri-La en una isla maravillosa con un padre dedicado a ella por

completo mientras su hermano y su madre se verían relegados a la insignificancia.

Parecía evidente que como en el caso de la Srta. O. estos refugios en estados semidelirantes cumplían una función vital porque protegían a la Sra. Y. de la amenaza de sentirse empequeñecida, vacía y excluida y como si algo comportase un malestar básico en su cuerpo y en su mente. Si sentía que su objeto no estaba dispuesto a apoyar aquel sistema no solo se irritaba y se sentía agraviada sino que - como pudo verse en esta sesión- su rabia y su resentimiento podían animarla.

Esta paciente expresaba su agravio más abiertamente que la Srta. O. y con frecuencia se enfadaba, malhumorada y quejumbrosa. A su objeto se le hacía sentir terriblemente responsable por haberla arrancado de Shangri-La adonde solo podía regresar en sus fantasías -sus fantasías de poseer a su madre y a su padre, de poseer el pene, la comida «especial» o el embarazo «especial» que la llenaría por entero, y sus fantasías de un éxito brillante académico y profesional.

Y a pesar de todo, para esta paciente la experiencia íntima de vacío y desolación era mucho más asequible que para la Srta. O. Al hacer mi primera intervención en la sesión, ella indicó cuán cerca estaba de retirarse en un estado de agravio pero después expresó su advertencia de un estado interior más desesperanzado. Y así alternaba entre aquellos estados en que su dolor, decepción y sensación de vacío eran por un momento asequibles al análisis y, por otro lado, su repliegue en un estado más seguro, más familiar y más gratificante en el que se alimentaba de sus agravios.

De todos modos, era difícil pensar que pudiera hacer algún uso constructivo del «fruto» que yo le estaba ofreciendo. Ella continuaba con el sentimiento rencoroso de tener que someterse y de tolerar lo que estaba a su abasto aunque fuera insatisfactorio. Aunque transmitía un profundo sentimiento de agravio y resentimiento porque su analista no conseguía devolverle el estado idílico perdido de gratificación mutua que Klein describió, con el agravio conseguía ampliamente mantener a raya no solo sus sentimientos de desengaño y desespero de sí misma sino también sus fantasías persecutorias. Pienso que ella siempre asumió que uno de sus padres o la pareja parental respondían inevitablemente a sus ataques envidiosos, a sus fantasías de tomar posesión del pene, del hermoso pecho de su madre o del bebé, conspirando contra ella y dramatizando así una versión infantil primitiva de una tragedia isabelina de venganza. Ella estaba defendiéndose constantemente de los ataques de los padres o del analista, resentidos y agraviados, que amenazaban con vengarse de ella, despojándola de nuevo de aquello que estaba en posesión suya y que ella sentía que no había sido adquirido correctamente. Su propio sentimiento de agravio y de sus derechos servían en parte para defenderse contra esta situación desesperada y persecutoria.

COMENTARIO

En su trabajo de 1978 sobre «Psicoanálisis y libertad de pensamiento», Segal (1981: 222) escribe: «Aunque la fantasía omnipotente deniega la experiencia de

necesidad, el pensamiento -que acepta la necesidad-, puede utilizarse para explorar realidades externas e internas y tratar con ellas.» Segal continúa diciendo:

Libertad de pensamiento... significa la libertad de conocer nuestros propios pensamientos... los indeseables como los agradables, los pensamientos angustiantes, aquellos que se viven como «malos» o «locos» tanto como los pensamientos constructivos y aquellos que se experimentan como «buenos» y «sanos». La libertad de pensamiento es ser capaz de examinar su validez en términos de realidades externas o internas. Cuanto más libres seamos para pensar mejor podremos juzgar estas realidades y más ricas serán nuestras experiencias (Segal, 1981: 227).

Sin embargo, puesto que el «pensamiento pone un límite a la omnipotencia, es atacado a causa de nuestro anhelo de omnipotencia». Y así, «si comemos del árbol de la ciencia del bien y del mal, nos desterramos nosotros mismos del paraíso» (Segal, 1981: 220, 219).

Con las pacientes que he descrito, pienso que la considerable limitación de su pensamiento y de sus vidas era no solo el producto de este ataque a su propio pensar. Pienso que las dos lucharon con más o menos éxito para preservar las fantasías omnipotentes con incesantes ataques al objeto que encarnaba la pareja edípica odiada que ellas sentían que las privaba de conseguir sus logros o de retornar al estado que se representaba en la omnipotencia infantil. Esta es la base del agravio que, de este modo, representa un ataque a la realidad y a la libertad de pensamiento tanto en el paciente como en su objeto.

RECONOCIMIENTO

Una versión anterior de este capítulo se publicó por primera vez bajo el título: «El agravio subyacente a la configuración edípica», *International Journal of Psychoanalysis* (2008), 89 (4), 743-758.

CAPÍTULO 12

Lleno de dudas

En la tradicional historieta de Hansel y Grettel, los dos niños abandonados por una madre despiadada y cruel y un padre condescendiente, vagan por el bosque, perdidos y hambrientos. Llegan a una casa hecha de pan de jengibre y empiezan a comérsela. Se encuentran con una mujer vieja que, aunque es fea, les habla con voz amable, les ofrece una comida sustanciosa y los arroja en dos pequeñas camas blandas con edredones de un blancor de nieve. Según una versión del cuento, los niños se acostaron allí y pensaron que debían de estar en el cielo» (Impey 1992: 82). Al día siguiente descubren que la mujer es, en realidad, una bruja que los trata de forma brusca y cruel y tiene la intención de engordarlos para después comérselos.

Un paciente que sufría un trastorno alimenticio tuvo un sueño en el que una mujer estaba vendiendo fruta en un tenderete de la calle. En primer plano había unas manzanas de un rojo brillante y por detrás estaba lleno de fruta podrida. Aunque la mujer tenía un aspecto muy normal, mi paciente dijo que ella sabía que era su madre y que de hecho era una bruja. Sabía muy bien que las manzanas de un rojo brillante estaban envenenadas y solo la fruta podrida del fondo no contenía veneno.

Por un momento Hansel y Grettel creían que habían sido salvados por una figura bondadosa que les ofrecía todo cuanto pudieran desear, pero pronto descubren que en realidad no han podido escapar de la figura materna cruel y destructiva. En el sueño de mi paciente, ella sabía con seguridad que estaba tratando con una figura maligna, aunque la mujer andara disfrazada. En el primer caso hay una súbita advertencia de que el buen objeto es, de hecho, maligno. En el segundo caso, en todo momento hay la convicción de que el objeto es venenoso.

En este capítulo voy a describir un estado diferente de la mente que puede existir en el paciente y explorar la manera en que puede afectar, a su vez, el estado mental del analista. En contraste con el paciente que sabía, en su sueño, que la fruta estaba envenenada, los dos pacientes a que voy a referirme tenían dudas profundas acerca de la naturaleza de sus objetos y llegaban, en mayor o menor extensión, a evocar las correspondientes dudas en el analista. No había dudas en cuanto a la intención maligna en la mente de la bruja/ madre en el sueño de mi paciente y aunque la bruja, en Hansel y Grettel, se veía como una figura benévola se dejó claro que sus motivaciones siempre habían sido inequívocamente criminales y canibalistas. El analista, de todos modos, se expone repetidamente a presiones que le hacen dudar de su comprensión, del valor de lo que está ofreciendo al paciente y de la naturaleza de sus propias motivaciones.

Además de las dudas inevitables y apropiadas sobre su comprensión y su labor, el analista está sujeto a presiones conscientes e inconscientes por parte del paciente cuya

finalidad es llenarle de incertidumbre, confusión y dudas. Sugiero que esto está al servicio de ciertas funciones relacionadas entre sí. Es una manera de comunicar algo importante sobre la naturaleza del estado de la mente del paciente, de sus objetos internos y de sus relaciones. Es una manera de llevar al analista a compartir un estado mental perturbador, reduciendo cualquier discrepancia entre los dos. Por otro lado, el paciente puede proyectar en la mente del analista su propia incertidumbre para liberarse de ella y llegar así a un estado de confianza maníaca. Finalmente, el paciente puede ser movido por el odio y la envidia, atacar el estado mental del analista y a sacar una gratificación perversa de este proceso.

Al explorar el *modus operandi* de estos mecanismos en las sesiones, podemos empezar a darnos cuenta de cómo contribuyen a la creación y mantenimientos de objetos internos cuyas cualidades son ambiguas y dudosos los motivos que animan al paciente.

PRIMERA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

El primer paciente es una mujer joven, cerca de los veinte años, la más joven de dos hermanas. La Srta. D. fue educada en un país católico en donde su padre era diplomático y se ausentaba a menudo. Su madre es una ejecutiva en un negocio de modas que también viaja con frecuencia. La Srta. D. es muy inteligente con una mente de percepción rápida. Tiene una relación perturbada con su madre, y reconoce que a menudo saca partido de los aspectos vulnerables de la madre. A la vez que cree ser más talentosa que su hermana, también está celosa y resentida de muchos aspectos de la vida de su hermana; y siempre ha prevalecido el criterio (que ella comparte) de que es la más difícil y perturbada, cosa que sus síntomas bulímicos parecen confirmar.

En el curso del análisis los aspectos litigantes y provocativos de su relación con los padres se han expresado inevitablemente en las sesiones. Ha sido posible ver y considerar con ella hasta qué punto se siente movida a defenderse de la verificación de su propia confusión y malestar. Con frecuencia se excitaba de forma provocativa, utilizando una variedad de mecanismos proyectivos e introyectivos que podían conducirla a una mayor confusión y a crear dificultades en su analista, que espero describir. De todos modos se han producido cambios significativos en la paciente, en su manera de relacionarse con ella, en su análisis y con su familia. La sesión que voy a describir tuvo lugar tres años después de haber empezado el análisis; ilustra algunos de los procesos en la paciente y sus interacciones con el analista que caracterizan este estadio del tratamiento.

La paciente empezó la sesión con un prolongado silencio y después se puso a hablar de una manera vaga y ambigua. Por aquel entonces encontraba las cosas difíciles. Hacía sus propias formulaciones sobre lo que venía ocurriendo pero no confiaba en que nadie pudiera ayudarla a salir del paso.

Le señalé que parecía necesitar que todo se mantuviera en un estado de

ambigüedad, intentando resolverlo todo por sí misma, en sus adentros. Ella expresaba en cambio que cualquier cosa que ella o yo intentáramos remediar, probablemente no nos llevaría a nada bueno.

La Srta. D. me interpeló rápidamente diciendo:

No es que no comportara nada bueno; es que pienso que no supondría diferencia alguna. No haría ni mal ni bien. Es como algo neutro. Quiero sentir que tengo el control, quiero que en mi vida todo sea perfecto y sé que esto es imposible tanto si pido ayuda como si lo hago por mi cuenta.

En respuesta a mi comentario pienso que la Srta. D. demostraba la necesidad de «neutralizar» mi observación acerca de un estado de cosas trastornado y sin esperanza. Ella no podía llevar a cabo el control omnipotente de sí misma y no podía concederme que desarrollara una función importante. Todo lo que se sentía impulsada a llevar a cabo era perseguir un grado de control implicándonos a los dos en un debate frustrante y disperso pero simétrico.

Esta atmósfera continuó así durante un rato, cuestionando e interpellando todas mis intervenciones y cuando yo se lo señalé me dijo triunfante: «Exacto, sé que es mi manera de responder a lo que usted me va a decir y me pregunto qué sentido tiene hablar de forma tan sencilla sobre las cosas que están ocurriendo.»

Sin embargo, a medida que la sesión avanzaba, lo que surgió fue la perturbación que sentía en aquel momento. Dijo que las cosas iban dando vueltas en su cabeza. Sabía que esto tenía que ver con la situación en su casa pero en realidad no sabía lo que realmente la inquietaba. Podría relatar anécdotas o sus emociones en relación con su madre o su hermana pero nada de todo esto era preciso; no podría darme una imagen fiel de lo que estaba ocurriendo, tan solo una idea vaga.

Dijo: «Conozco mi manera de pensar, mi forma de percibir las cosas no es correcta y si las traigo aquí va a resultar engañoso. No creo que comprenda lo bastante y pienso que lo que digo va a embrollar todavía más el problema.»

Su manera de hablar logró por un momento que me sintiera embaucado. Cuando recuperé la capacidad de pensar en lo que estaba ocurriendo, le comenté que si ella creía que estaba confusa y dubitativa y lo expresaba, crearía una confusión y una incertidumbre semejante en mi mente. Los dos acabaríamos en el mismo estado y yo sería totalmente incapaz de hacer algo valioso para ella.

Entonces la Srta. D. explicó que su madre se había sentido frustrada y preocupada por ella y se preguntaba si el analista la ayudaba o si nunca sería capaz de ayudarla. La Srta. D. dijo que el comentario de su madre le había facilitado un arma. Atacó inmediatamente a su madre diciéndole que no necesitaba escuchar aquellas cosas porque alimentaban sus dudas sobre el análisis.

Al principio la Srta. D., al igual que con su madre, consiguió que me preocupara

por su situación. También suscitó serias dudas en mi propia mente sobre si el tratamiento la estaba ayudando y, naturalmente, si la podría ayudar. Ella ilustró hasta qué punto se sentía movida a atacar su propia mente o la mente del objeto que se tomaba en serio la realidad de su estado. El resultado era que tanto su objeto como la misma paciente quedaban llenos de dudas, frustración y confusión críticos con ellos mismos y con el otro.

Interpreté que necesitaba controlar lo que yo sabía, manteniendo las cosas vagas y ambiguas y cualquier cosa que yo pensara haber comprendido o dicho, para ella era más o menos errónea. Pensé que aquellas actividades se utilizaban como un arma en la relación conmigo y el análisis y que yo tenía que ser desdeñado, frustrado y atormentado por ella de la misma manera que ella lo vivía con su madre y su hermana.

La Srta. D. respondió rápidamente:

Es por eso que todo se confunde. Yo declaro abiertamente que ellas me atormentan pero, quién sabe, quizá me atormento yo antes que lo hagan ellas, me parece que ellas me atormentan a mí; por eso le digo que no sé si es útil porque de esta manera mi impresión se transfiere directamente a usted; mi impresión puede ser equivocada, en realidad no sé quién atormenta a quién en todo eso. Pienso que probablemente me atormento a mí misma más que a cualquier otro y de algún modo al hacerlo las empujo a hacer algo.

Le dije que pensaba que estaba ilustrando el uso que hacía del arma que tenía. Sea lo que fuere que yo hubiese comprendido e interpretado, o bien lo contradecía o decía que ella había anticipado lo que yo le iba a decir. Aún antes de poder comprender o pensar acerca de lo que le había dicho, empezaba a desmantelarlo y entonces todo se volvía incierto y ambiguo. Era como si se sintiera movida a arrastrarme también a un estado en que nada era claro.

La Srta. D. respondió triunfante, diciendo:

Esto es más realista, ¿verdad? Creo que es más cierto, realmente. Pienso que cuando usted piensa que es muy claro, es un poco ilusorio. Prefiero estar en mi propio mundo de fantasía que... de veras no confío en usted si me dice que las cosas podrían aclararse; creo que es perjudicial si usted intenta convencerme y mostrarme que puede ser más claro y que todo iría mejor. Estoy decidida a hacerlo turbio para usted porque siento que así estoy más cerca de la verdad en cierta manera. (Su voz se volvió más burlona). Como usted dice yo puedo demostrarle que puedo ver las cosas más claramente que usted. Si tan solo pudiera usted reconocer que yo puedo y empezara a escucharme. ¿Entonces, qué? ¿Si le escucho y veo su punto de vista, que se supone qué tengo que hacer? ¿Cómo se supone que voy a cambiar de perspectiva? ¿Entonces todo lo que usted ve va a transferirse directamente a mí y de pronto, voy a sentirme por ventura mejor, viéndolo todo más claro

porque usted lo ve más claro? Realmente esto no tiene sentido.

Creo que en este material se puede ver lo amenazante que es para la Srta. D. sostener la idea de que yo podría ser capaz de pensar de un modo diferente al suyo, capaz de ver con claridad lo que he observado, pensado y sentido, mientras ella se siente incierta y confusa la mayor parte del tiempo. Pienso que el reconocimiento de las diferencias entre los dos despierta envidia y odio así como su profunda preocupación por el propio funcionamiento mental. En este momento parece que no acepta la posibilidad de utilizar la comprensión del analista ni sus interpretaciones para ayudarla. Se refiere en cambio a una fantasía omnipotente que mi propio funcionamiento mental podría de súbito «transferirle» a ella y que esto la curaría de su propia confusión. De todos modos reconoce angustiada que esto no ha ocurrido. En cambio siente el impulso de crear dudas y confusión en su objeto y a afirmar su triunfante superioridad, idealizando su propio estado mental, la verdad que radica en lo que ella describe como «incertidumbre» incluso cuando es imposible distinguirlo de la vaguedad y la confusión.

La fuerza de la proyección de la paciente, su complejo y confuso modo de hablar y responder a las interpretaciones logró de hecho, en ciertos períodos, evocar dudas y confusión en la mente del analista. Siempre que puedo resistir, recuperarme de la presión y organizar mis pensamientos con más coherencia, la paciente se ve confrontada de nuevo con la evidencia de un estado mental y la capacidad de comprenderlo de una manera diferente a la suya. Por un momento la experiencia aumenta la conciencia de su propio desconcierto y confusión y de hasta qué punto ella se siente diferente y enferma. La respuesta envidiosa e inconsciente a esta situación es proyectar elementos de su propia personalidad en el analista para acabar creyendo que el analista no trata de ayudarla a funcionar de una manera más clara antes bien intenta demostrar su superioridad. Como he ilustrado, entonces se siente movida a atacar mis interpretaciones y/o esforzarse en idealizar sus propios procesos mentales.

Los sentimientos de incertidumbre y duda en el analista, a los cuales me he referido son, hasta cierto punto, un elemento de trabajo real e inevitable, una especie de «duda saludable» vinculada a la capacidad de tolerar incertezas y mantener alguna apertura en el propio pensar. De todos modos trato de describir un diferente estado de la mente en que el analista no solo se ocupa de sus propios motivos y de sus relaciones de objeto sino que también ha de hacer frente al asalto envidioso y hostil, a su comprensión que suscita dudas con respecto al paciente, a sí mismo y a su trabajo.

Pensé que la paciente había sido trastornada por el reconocimiento de que su madre, así como su analista, estaban preocupados por su estado y por si el análisis la podría ayudar. Esto parecía llevarla a utilizar su «arma» no solo para inducir culpa mas también para crear incertidumbre y confusión en su objeto. En parte se utilizaba inconscientemente este mecanismo para comunicar su ansiedad y dolor por el hecho de encontrarse en tal estado de confusión. También servía, en su mente, para reducir la diferencia entre ella y su objeto gracias a la fantasía de que el estado mental de una

persona puede invadir y apoderarse de la mente de otra persona. Me dio alguna indicación de la calidad concreta de esta fantasía que no tenía en cuenta un proceso de transformación, pero implicaba la proyección de un estado inmodificado de la mente invadiendo y tomando posesión de la mente de otro. La fuerza activa detrás de sus comunicaciones y su impacto en la sesión supone que el analista ha de luchar con más o menos éxito para conservar su capacidad de pensar y comprender sin volverse rígidamente defensivo ante esta situación o sumiéndose profundamente en la duda, en la confusión y la desesperanza.

SEGUNDA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

Mi segundo paciente, el Sr. R., también presenta sus objetos, de diferentes maneras, como inciertos y sospechosos. Hasta cierto punto sus percepciones vienen determinadas por sus experiencias tempranas de inseguridad y deprivación cuando nunca pudo confiar en sus objetos primarios. De todos modos pienso que hay menos inseguridad subyacente con respecto a sus objetos y a sí mismo que en el caso de la Srta. D. Creo que en este caso se pone más en evidencia el modo como la duda y la ambigüedad se crean o explotan a causa de los ataques hostiles y perversos con los cuales sus objetos son invadidos y socavados. A veces es posible seguir la evolución de un objeto, sentido por un momento como bueno y servicial que luego se deforma a causa de sus proyecciones y se convierte en otro objeto que encuentra sospechosamente gratificador.

Una consecuencia del poder y sutileza de este proceso es el grado en que el mismo analista se llena de dudas en relación a la significación, la validez y la sinceridad de lo que el Sr. R. dice, a los motivos que hay detrás de sus comunicaciones y también en lo que se refiere a la validez y utilidad de la comprensión y las interpretaciones del analista.

El Sr. R. es un hombre de 35 años, inteligente y talentoso que estudió historia del arte y trabaja como crítico e historiador de arte. Tuvo una infancia agitada y difícil y presenta a su padre y a su madre como personas que han tenido una vida interior y unas actitudes para con él igualmente penosas y complicadas, mucho más de lo que aparentan a primera vista. Cuando llegó al análisis estaba deprimido, hipocondríaco y pensando que era casi imposible para él enrolarse en cualquier trabajo creativo.

Ha mejorado mucho aunque bajo el efecto del estrés vuelven a emerger sus preocupaciones hipocondríacas. Pudo escribir una serie de ensayos para publicaciones de prestigio y ha sido alentado a reunirlos en un libro. Lucha con tesón en la preparación de cada artículo a causa, en parte, de sus fantasías grandiosas subyacentes. Necesita implicarme muy estrechamente en su trabajo, a veces de forma ostensible relacionando cualquier progreso con algún comentario o insight obtenido en la sesión anterior. Le resulta difícil trabajar durante las interrupciones del tratamiento y se preocupa resentido por este hecho. Lucha con dificultades entre una visión omnipotente de sus capacidades y la creencia de que yo voy a hacer afirmaciones similares con respecto a mis contribuciones, privándole de cualquier

sentimiento de realización exitosa. Sus expectativas económicas oscilan exageradamente y estos últimos tiempos su situación económica ha sido más bien precaria, lo que supone una amenaza para la continuación de su análisis.

El Sr. R. ha tenido una relación con una mujer por espacio de varios años. Ella vive en otra ciudad y es muy importante para él aunque se encuentran tan solo los fines de semana. Este acuerdo le conviene y se angustia si ella intenta estrechar la relación o si es demasiado exigente. Su relación sexual ha decaído y él se repliega en cambio en su propio mundo de fantasías algo perversas. Recientemente pasó unos pocos meses en California dando conferencias. Lo encontró como una liberación y tuvo un flirteo intenso con una mujer joven en la cual piensa a menudo.

La sesión anterior la que voy a describir en detalle presentó dificultades. Hubo un acentuado retraimiento provocativo y una distorsión de lo que yo había dicho y de lo que él comprendió, creando una atmósfera de frustración y de conflicto que parecía gratificarle. Había hablado de la calidad estéril de la relación sexual con su amiga. Cuando le interpreté que estaba activamente empeñado en privar y frustrar tanto a su amiga como a su analista, pareció reconocerlo.

Empezó la sesión siguiente diciendo:

Cuando paseaba por la calle, estuve pensando... He traído mi equipo de baño, estaba pensando en ir a nadar a la piscina del barrio. No sé. Hay tantos rateros por allí. Me preguntaba si tendría que dejar algún dinero en la taquilla o no. Después he recordado que cuando estaba en California fui a nadar a una piscina pública. Había un gran cartel diciendo que había habido varios robos allí y si tienen objetos de valor... no me fiaba del hotel en donde estaba de modo que había guardado en mi bolsillo los honorarios de cerca de un mes que me habían pagado, unos pocos centenares de libras. No sabía qué hacer. Al final decidí depositar el dinero. Había una mujer joven que se encargaba de esto y sonrió ostentosamente cuando le entregué el dinero. Tuve una especie de fantasía de que ella encontraba... muy interesante el hecho de que yo llevara tanto dinero encima y tuve una pequeña conversación en mi cabeza sobre si pedirle que saliésemos. Estaba tan absorbido en todo esto que pasé de largo al llegar a la entrada. Me detuve cuando estaba dos o tres pasos más allá, me di cuenta de que me había distraído y... estaba pensando que las fantasías de California son todavía muy vivas y me hacen perder el sentido de donde estoy.

Creo que siempre que estoy en apuros pienso en California. Sencillamente porque fue tan... -fue la desconexión antes mencionada...pero también porque no hay sentido de responsabilidad, y es como si estuviera por las nubes.

Pensé que el Sr. R. estaba reaccionando al hecho de que me había pagado dos días antes; reacción también a la sesión previa que había encontrado difícil y

exigente. Era duro para él tolerar la idea de que este podría ser un lugar en que sus intereses pudieran ser custodiados por alguien como la mujer de la piscina. Tenía mis dudas de que en realidad me viera poco digno de confianza, capaz de robarle pero supuse que en su mente había logrado en parte seducirme y corromperme tal como había hecho con la joven y simpática mujer. El material que aportó no solo me invitaba a reconocer sus dudas hacia mí y la seguridad del análisis sino que también evocaba en mi propia mente, problemas sobre el valor de mi interpretación en la sesión anterior, y me di cuenta de que yo trataba de reasegurarme tanto respecto a la forma de considerar el material como del hecho de que, después de todo, no le cargaba unos honorarios particularmente altos.

Le dije al Sr. R. que aquí siempre existía la duda y la ambigüedad de si venía a un lugar relacionado con algo saludable, en donde sus objetos de valor estaban bien custodiados o era un lugar más sospechoso en donde debía ir con cuidado con aquello que se le podía controlar o robar. Pensé que el paciente podía utilizar mi interés por él y por sus capacidades para invitarme a salir de mi papel por algo más excitante y seductor, como la mujer joven de la piscina y estas preocupaciones absorbentes eran más atractivas que entrar en el consultorio.

Siguió un largo silencio durante el cual yo no tenía idea de lo que el Sr. R. había hecho de mi interpretación. Me dijo:

Tiene usted razón, al llegar aquí no estoy seguro de si... no estoy exactamente inseguro; tengo diferentes actitudes según los momentos. Si vengo aquí para que me ayude o si vengo aquí para que se burle de mí, o... yo no sé que me haya robado nada. A veces tengo esta sensación pero no es muy intensa.

En el momento que acababa de decir esto yo no tenía muy claro qué es lo que él había entendido de lo que yo le había dicho y si mi interpretación era apropiada o importante. Pensé que su respuesta suponía una eliminación hostil y perversa de cualquier claridad, sentido y significación de lo que yo había dicho. Esto llegó a perturbar pasajeramente mi creencia de que yo había comprendido algo y que él podría también haberlo hecho.

Entonces el Sr. R. continuó

Esta mañana he recibido un carta del profesor de arte. Cuando nos vimos le dije que había escrito algo acerca de... No puedo recordar qué. Parecía interesado y me pidió que le enviara los trabajos. Ha escrito extensamente sobre ellos. Es la primera vez que encuentro a alguien que los haya leído. Naturalmente, por un lado me sentí halagado y gratificado pero cuando lo estaba leyendo, vaya cosa curiosa, yo también pensaba que no sabía cómo había ocurrido todo aquello. No me parecía haber escrito nada de lo publicado. Pensaba que era el trabajo de alguien ajeno y estaba muy distante de aquello. Así pues, la sensación de placer estaba mistificada, como si se

hubiera producido una especie de accidente gracias al cual aquellas ideas se hubieran coordinado. Es decir que no estoy seguro de si me han robado algo, a menudo siento que soy yo el que estoy robando.

Es una cuestión que me he preguntado esta mañana muy conscientemente, qué piensa usted exactamente de mí, si usted está aquí para ayudarme o... me siento confundido sobre lo que estoy haciendo y supongo que el análisis y el papel que usted juega en él son importantes para esclarecer mi mente.

Había algo defensivo y no del todo convincente en la manera de hablar del Sr. R., en la manera de minimizar su excitación y satisfacción por la respuesta del profesor. Pensé que estaba ansioso por clarificar mi «papel» cuando llegó con un sentimiento de éxito triunfal porque estaba muy dudoso de mi posible manera de responder. Me sentí inseguro de si me veía como alguien excitado y seducido como la muchacha de la piscina, alguien que podría querer robarle sus realizaciones, o alguien que podría reaccionar con envidia criticándole y burlándose de él. También estaba inseguro del grado con que me estaba atacando activamente de una manera hostil y perversa, creando esta figura ambigua y sospechosa.

En la sesión le dije que pensaba que tenía razón, que había algo de ratería dentro de él hasta el punto de que no le queda claro si ha comprendido alguna cosa o si ha llevado a término plenas realizaciones. Pensaba que cuando llegaba a estar tan dubitativo parecía también que había hecho algo análogo a mí y a lo que yo le había comunicado. Él se había referido a menudo a sus dudas sobre mi papel en relación con sus escritos, si se sentía ayudado por mí y el análisis o si mi implicación le robaba algo; yo reivindicaba una parte desmesurada de su trabajo. Pero yo pensaba que él había atacado lo que le había interpretado y lo había desmantelado de modo que el valor de mi trabajo y el suyo propio quedaban en entredicho.

El Sr. R. suspiró, se mantuvo en silencio y después dijo:

¿Pero todo esto no se explica sencillamente por el tiempo? Es verdad, habíamos hablado de mi sentimiento de que usted reivindica una participación importante en relación con estos trabajos, o al menos en mi cabeza usted... o que yo siento que usted reclama o podría reclamar una gran parte de la autoría de estos artículos, pero este es también mi sentimiento ahora, de estar empobrecido. Y si me siento empobrecido no puedo pensar en lo que usted podría robarme, sobre todo, como le dije, cuando leí estos trabajos y me pareció que no eran míos. Él se los tomó muy en serio, comentando varios puntos. Era muy agradable pero pensé ¿cómo he podido llegar hasta aquí? Por tanto el sentimiento de estar empobrecido no depende de que lo que yo crea que usted me ha hecho sino de que me siento empobrecido en muchas cosas; pero hablemos del trabajo que es lo más evidente... siento que estoy sencillamente dejando pasar el tiempo, esperando que algo ocurra en mi cabeza para... moverme en una u otra dirección.

Al principio encontré esto embrollado, confuso y derrotista. Después de esforzarme por un rato, creí que empezaba a reconocer que a pesar de su énfasis de sentirse empobrecido estaba utilizando una especie de insight para llevar a cabo un ataque provocativo y triunfal. Le dije que pensaba que él estaba esperando ver cómo yo reaccionaba; si creyera haber prestado cuidadosa atención a lo que él había traído a la sesión; que me parecía que cualquier cosa clara o cualquier significación se habían desvanecido, dejándonos a ambos en un estado de duda e incertidumbre estériles.

Después de un largo silencio el Sr. R. dijo:

Una parte de las razones que están por detrás de todo esto es que yo siento que usted me está pidiendo que acepte algo en su totalidad. Ocurrió ayer cuando usted se refirió a algo que yo... yo pensé que no estaba hablando de la esencia de lo que usted había dicho sino de algo, algún detalle secundario, pero para usted no era así, usted dijo que yo había atacado todo lo que usted había dicho, cosa que no se me había ocurrido en lo más mínimo. Y he sentido que hoy pasaba lo mismo, que usted estaba insistiendo en que yo me lo tragase por entero y que no tenga ninguna clase de pequeñas reservas o algo parecido. Y al hacer esto, en mi irritación porque usted no presta atención a la importancia que yo le doy a ciertas cosas, supongo que lo he dejado de lado.

Sentí de nuevo que el Sr. R. había respondido a una interpretación clara y razonable planteando cuestiones de un modo provocativo y no del todo convincente. Y así abundaba en aquello que yo había podido entender mal o insistía en un determinado punto de vista de la sesión anterior o de la actual.

Después pareció que el problema se hacía más complejo, aceptando en apariencia algo que yo había dicho. Lo expresó así:

Usted tiene toda la razón aunque yo no me siento en ninguna parte y no encuentro nada a mi alrededor. Es verdad, he dejado aparte la carta del profesor. De hecho era mucho más interesante que esto porque... no hay mucha gente que esté interesada en la relación de las ideas con la práctica. Era sorprendente leer a alguien que comprendiera el equilibrio entre las ideas y la práctica de las mismas... de manera similar... a como yo lo hago... supongo que yo me retuve y no dije... lo más rotundo de lo que él dijo era... No sé, es mi manera de tratar con estas cosas. No, quiero decir que él empezó diciendo que eran inspiradores; que le inspiraron para pensar en varias cosas. Desde luego, él comprendió lo que yo decía, lo que me resultó sorprendente. Me impresionó el trabajo que se había dado. Pero cuando él citó fragmentos de mis diferentes trabajos, no me parecía que fuesen míos.

Le dije que, en primer lugar, había hecho hincapié en las dificultades que surgieron cuando creyó que yo no había prestado atención suficiente a lo que me

había dicho, que le había comprendido mal, le había acusado y forzado a tragarse mi interpretación por entero; que parecía sentirse seguro con estas quejas habituales. Se sentía más incómodo al hablarme de la admiración del profesor por su trabajo y no estaba seguro de mi reacción, de si me sentiría provocado y querría humillarle, sobre todo si me daba cuenta de las fantasías excitadas que se le ocurrían. Pero tal vez no era solo sorprendente sino difícil para él encontrar a alguien que había prestado atención y había comprendido lo que él le estaba diciendo.

El Sr. R. dijo:

Sí, ayer usted me hablaba de la relación con mi novia y de como yo la subyugo... y hoy se refería a los sentimientos ambiguos que tengo para con usted, no ambiguos sino incluso contradictorios, ... y... la otra cosa quizá forma parte del motivo, pero quizá no tiene nada que ver con eso, tengo estos mareos. También me aturdo de otras maneras, mis pensamientos no son claros, a excepción de la última noche cuando encontré a Ana, mi compañera de piso que se sentía muy extraña, muy mareada, la cabeza le daba vueltas. Le dije que debía tener alguna infección interna del oído que la estaba rondando.

Ahora me hablaba confiado y con evidente satisfacción y me dijo que era un alivio para él saber que a ella también le ocurría lo mismo. Ahora estaba muy seguro de sus sospechas iniciales de que él mismo estaba sufriendo de una especie de infección viral pero todavía le era difícil concentrarse porque es muy desagradable.

En respuesta a mi interpretación, el Sr. R. aludió brevemente a problemas relacionados con la incertidumbre, la ansiedad y la culpa que para él eran difíciles de tolerar. Después hizo referencia a su síntoma físico y propuso una interpretación vinculando su síntoma con sus pensamientos confusos. Después pasó a ocuparse con evidente alivio de los mareos de Ana. Pensé que había reaccionado a la incomodidad producida por mis interpretaciones intentando marearme a mí como a Ana, su compañera de piso, de forma que mis pensamientos tampoco fueran claros, cosa que le permitía, en contraste, adoptar un papel de autoridad, «conocedor» del problema. En la medida en que este proceso se impone, socava la posibilidad de explorar y dejar clara una situación que comporta un cierto grado de incertidumbre y de duda arrastrando a uno u otro de nosotros sea a un estado en que no hay nada claro, sea a una posición decididamente defensiva.

COMENTARIO

En esta sesión, el Sr. R. ilustra sus dudas y sospechas sobre sus objetos. De todos modos se puede ver cómo un objeto experimentado como amable y protector es invadido y transformado en una figura corrupta, fácilmente excitado y seducido que intenta robarle sus objetos de valor. En la misma sesión deja sentir sus dudas acerca de mis motivaciones, si quiero escucharle o si intento imponerle mis ideas. Parece particularmente incómodo con mi reacción a sus logros y a la admiración que el

profesor le dispensa.

A diferencia de la Srta. D. este paciente hace sentir que, en realidad, reconoce por un momento que la mujer de la piscina probablemente era simpática y protectora y que su analista, como el profesor, prestó cuidadosa atención a lo que él decía y pensaba acerca de ello. En ciertos momentos el Sr. R. también puede valorar su propio trabajo. No obstante le resulta difícil tolerar los problemas que encuentra al escribir sus trabajos, en las relaciones con su amiga y en su análisis sin recurrir a mecanismos hostiles y perversos vinculados con la excitación y el triunfo maniaco. Y así, después de una sesión difícil en que parecía reconocer los aspectos que perturbaban la relación con su amiga y con el analista pasó de largo la verja de mi casa y se siente perdido en California con centenas de libras en su bolsillo, capaz de seducir a la muchacha que le sonrío. Después de una breve experiencia conmigo, como alguien que puede comprenderle y abordar lo que trae a la sesión, me transformo en una figura corrupta que no le escucha, que intenta más bien imponerle sus propias interpretaciones. En la sesión era difícil resistirse a tener la propia mente invadida de un modo que me llevaba a dudar de lo comprendido y del valor de mis interpretaciones. Cuando estaba de acuerdo conmigo no sabía qué hacer con ello y cuando objetaba lo que yo le decía era difícil saber hasta qué punto reflejaba una reflexión sana y vigorosa o era un ataque destructivo a algo que podía haberle sido de utilidad.

Cuando en el curso de la sesión pude recuperar cierta confianza en lo que comprendía y pensaba, pareció que el paciente necesitaba interpelarme desafiante y socavar mi trabajo y llenarme de dudas acerca del sentido y el valor de lo que le había dicho.

Creo que hay interesantes e importantes cuestiones con respecto a los motivos que están en la base de estas respuestas. La investidura narcisista que el paciente hace de sus capacidades creativas y analíticas le crea dificultades cuando no comprende lo que está ocurriendo, cuando se siente atascado o cuando tiene la noción de que yo podría pensar en algo de una manera mejor y más clara. Maneja la situación que amenaza con despertar su envidia convirtiéndose en una parodia de un analista clarividente, o implicándose en un mundo lleno de duda y suspicacia.

Otro problema que ha surgido con cierta fuerza se refiere a sus ansiedades paranoides y claustrofóbicas. Con su propensión a utilizar la identificación proyectiva e introyectiva se protege de la pesadilla de ser invadido por su objeto, de ser llevado a poseerlo o de ser poseído por él.

CONCLUSIÓN

En este capítulo he tratado de explorar alguno de los orígenes y de las funciones de la duda, en el paciente y en el analista, y entre ambos. El primero de los pacientes descritos, la Srta. D. vive en un mundo en que no se puede creer ni confiar en nadie ni en nada. Ella desea creer en sus buenas motivaciones y creer que sus objetos son

benévolos pero nunca puede conseguirlo del todo. Sugiero que la base de estas creencias es el interjuego entre las cualidades y las funciones reales y las motivaciones que encuentra en sus objetos, y por otro lado los mecanismos hostiles y defensivos que he descrito. Creo que la Srta. D. necesita invadir y modificar internamente a sus objetos pues si los percibe seguros, que mantienen sus creencias con claridad y confianza, esto promueve su envidia y su miedo de invasión y posesión. De este modo, la proyección activa de la duda en la mente del analista puede reflejar en parte motivos hostiles y envidiosos pero es importante reconocer hasta qué punto estos procesos reflejan estados de la mente del paciente y representan la necesidad del paciente de que esto sea reconocido y experimentado por el analista. La fuerza de estos procesos proyectivos puede ser de tal envergadura que el analista se ve incapaz, al menos por un momento, de reconocer y pensar de modo constructivo en lo que está ocurriendo y en lo que el paciente está comunicando. Puede estar afectado de tal modo que despierta sus sentimientos de incertidumbre y confusión. La capacidad del analista de reflexionar sobre esta situación en el momento en que se produce, puede permitirle profundizar su comprensión del paciente.

El Sr. R. ejemplifica mucho de lo que he descrito pero pienso que hay menos dudas y confusión fundamentales sobre sí mismo y sus objetos. Creo que utiliza un proceso más hostil y perverso para crear figuras que son débiles o corruptas que le sirven para defenderse contra la envidia y son una expresión del triunfo sádico que gratifica a un elemento más destructivo de su personalidad.

Con frecuencia es posible reconocer la manera que tiene el paciente de afrontar la presencia de objetos internos que le inspira profundas dudas, y la manera de ver al analista que puede transformarse en un objeto sospechoso gracias a la proyección que tiene lugar en la mente del paciente. La fuerza de la proyección dirigida hacia el analista, sea impulsada primordialmente por motivos hostiles, como medio de evacuación o como forma de comunicar algo del propio estado mental, puede exacerbar las dudas del analista sobre su propio carácter, su comprensión y su técnica; y también, desde luego, sobre el valor y la continuidad del análisis. Para el analista, parece importante que sea capaz de tolerar esta clase de experiencias y, en lo posible, recuperar sus funciones analíticas restableciendo el contacto con sus propios objetos internos objetos que tienen dudas pero que no están llenos de dudas. Como espero ilustrar en el capítulo 13, la presión a que el analista se ve sujeto puede inducirle a conseguir una formulación estructurada acerca de la situación, lo que le proporciona alivio. No hay que decir que el mismo reconocimiento de un estado dubitativo puede conducir a una rigidez en forma de una «idea sobrevalorada». Este logro de una formulación estructurada puede ser una parte necesaria, quizá inevitable, del proceso analítico y representa una manera en que el analista se esfuerza para organizar sus observaciones y experiencia a fin de preservar sus funciones analíticas; pero su real funcionamiento analítico depende de su esfuerzo también constante para alcanzar o recuperar la mente abierta y la capacidad de flexibilidad y movimiento.

CAPÍTULO 13

El problema de la convicción en la sesión

En este capítulo quiero estudiar la importancia del sentimiento de convicción del analista o de la falta de convicción acerca de lo que está ocurriendo en el paciente y en la sesión, y el grado de convicción con el que se inviste la interpretación del analista. Voy a formular preguntas sobre el origen de estos sentimientos de convicción o de duda, hasta qué punto reflejan problemas en el analista, y hasta qué punto derivan de presiones o proyecciones del paciente, cómo interactúan estos elementos y sus posibles efectos sobre el movimiento de la sesión.

Para los analistas es esencial tener un cierto grado de confianza en ellos mismos, en su trabajo y en el proceso analítico. Esto se desprende de su experiencia, de su interacción con los colegas y, lo más importante, de una relación relativamente benigna con sus objetos internos. Naturalmente también se requiere que el analista esté abierto y sea capaz de tolerar un grado de incertidumbre, de duda y de confusión. Desde un punto de vista ideal puede sostener una relación dinámica entre estos diferentes estados de la mente, de cuyo trabajo creativo dependen.

Lo que quiero considerar, de todos modos, es aquella situación en que varias presiones internas y externas interfieren en este equilibrio dinámico. Esto se produce cuando los analistas invisten su comprensión, sus ideas o su interpretación con un grado inapropiado de convicción; o por el contrario, cuando están llenos de dudas y de confusión. Los analistas pueden responder a su estado de duda y confusión agarrándose nuevamente a sus formulaciones e invistiéndolas con más convicción. Estos estados de la mente interfieren en la flexibilidad del analista y el desarrollo de la sesión. No obstante, cuando el analista es capaz de reconocer la naturaleza de estos estados transitorios, inevitables y necesarios, pueden llegar a ser la base para una ulterior comprensión de la interacción analítica.

En su valioso trabajo «Interpretación: ¿hecho seleccionado o idea sobrevalorada?» Britton y Steiner (1994) abordan alguno de los puntos que ahora estoy debatiendo. Lo que quiero considerar aquí en primer término, es aquello que podríamos aprender de la dinámica de la sesión a partir del grado de convicción del analista y aquello sobre lo cual estas observaciones podrían alertarnos en relación a la naturaleza del contacto del analista con el paciente y consigo mismo. Dicho de otro modo, no se trataría tanto de si un hecho seleccionado ha cristalizado en la mente del analista, de si una interpretación es «correcta» o de si el analista está anclado en una idea sobrevalorada; lo que importa es lo que podemos comprender del estado de la mente implicado en estos conceptos.

Lo que quiero poner de relieve es que si los analistas creen haber llegado a un punto particular, reflejado por ejemplo en la noción de haber captado un hecho

seleccionado, esto puede convertirse en una idea sobrevalorada lejos de suponer un camino útil para organizar e integrar sus observaciones y experiencias en aquel momento. A la inversa, si bien puede ser de utilidad reconocer un estado de duda, cuando la formulación que surge de este reconocimiento se comprende y se trata como un hecho, como un estado mental definido y por tanto estático, la flexibilidad y la apertura del analista se verán restringidas.

Hay siempre un equilibrio entre la necesidad de los analistas, por un lado, de estar en contacto con el «flujo» de la sesión, participando y experimentando lo que está ocurriendo en la sesión y en ellos mismos, y por otro lado su necesidad de reflexionar sobre el material y cómo poder formular, para sí mismos y para el paciente su comprensión de lo que aquel ha comunicado. De todos modos, este último proceso de reflexión y formulación, separado del paciente, implica llegar a un cuadro que puede quedar fijado en el proceso de articulación. Como he apuntado, es más probable que esto ocurra como respuesta a movimientos o corrientes perturbadoras de la sesión.

Como Heráclito sugiere: «Nadie se baña dos veces en el mismo río porque el río no es el mismo y él no es la misma persona.» Siempre es útil prestar atención al impacto de la interpretación del analista sobre el paciente -si es acogida, distorsionada o rechazada. En este proceso se genera una versión ligeramente diferente del analista, del paciente y de la situación entre ellos. No es menos importante considerar el impacto sobre el analista del proceso conducente a una formulación y la subsiguiente articulación de todo ello en una interpretación. Si los analistas continúan invistiendo su comprensión e interpretación de la situación existente al concebir la interpretación, se afincan en ella como en una formulación definitiva, un «hecho seleccionado», puede que dejen de reconocer un importante cambio dinámico, una modificación en la introyección que el paciente hace del analista y de la relación con él que exige una nueva formulación, ligeramente diferente y una diferente interpretación. Hay el peligro de que el analista persevere en intentar situar al paciente actual en un punto temporal anterior y también a sí mismo en un momento pretérito al que realmente se vive en la sesión.

En el trabajo a que antes me he referido, Britton y Steiner (1994) señalan que al escuchar a nuestros pacientes e intentar comprender lo que está ocurriendo, la incertidumbre y la confusión que surgen son a menudo difíciles de tolerar. La necesidad imperiosa de reducir la incertidumbre puede mover tanto al paciente como al analista a buscar un medio de limitar o integrar las impresiones a fin de crear una totalidad significativa (Britton y Steiner, 1994: 1069). De todos modos la investidura de una idea particular, de una formulación o interpretación, la necesidad de encontrar una interpretación «correcta» llega a ser un obstáculo para la capacidad del analista de hacerse cargo del movimiento y flujo entre él y su paciente de un momento a otro de la sesión. Algunas de las descripciones de Bion se refieren a la manera que tienen los analistas de integrar el material, sus observaciones y sus experiencias internas en una estructura organizadora que les permita reconocer y comprender el material de forma diferente, aún conservando un grado de flexibilidad en relación con sus

hipótesis (Bion, 1970). De todos modos, como en el caso de un sueño recordado o un fragmento de historia, hay poderosas razones que explican que los analistas puedan protegerse del movimiento dinámico, de la confusión y la tensión de la sesión, invistiendo y afianzándose en su formulación de la interpretación.

Voy a ilustrar alguno de estos puntos refiriéndome a tres diferentes situaciones clínicas. En la primera pienso que el paciente se esforzaba para dar sentido y describir lo que le estaba ocurriendo. Proponía especulaciones y teorías acerca de lo que estaba sucediendo pero sin convicción. El analista tenía que luchar de una manera similar para dar sentido al material y a lo que iba sucediendo en la sesión sin confiar demasiado, por un lado, en su comprensión e interpretaciones, y por otro lado sintiéndose completamente perdido y confundido. Parecía que la necesidad primaria del paciente fuese comunicar su incertidumbre y dudas al analista para que le fuesen reconocidas. Si bien resultaba difícil tener un sentido de convicción acerca de cualquier formulación o interpretación en particular, el analista pudo conservar su confianza en su manera de intentar trabajar con este paciente y en el potencial que el proceso analítico ofrecía.

En el segundo ejemplo clínico, con el mismo paciente, describiré el comienzo de una sesión en que el analista, con un sentimiento de convicción, creía haber comprendido algo. Aunque hubo una investidura temporal de la formulación a que se había llegado, describiré el destino de esta experiencia y especularé sobre su significación.

En el tercer ejemplo, correspondiente a otro paciente, describo una situación en la que yo creo que el paciente trataba con objetos y se identificaba con ellos, pero no era posible tener ningún tipo de convicción sobre lo referido. La duda lo impregnaba todo: la creencia del analista en las motivaciones de su paciente y en su capacidad de cambio; dudas sobre sus propias funciones y, de un modo más fundamental, dudas sobre el valor y adecuación del trabajo analítico. En este caso era difícil resistirse a llegar a formulaciones sobre la identificación del paciente con objetos sospechosos, poco dignos de confianza, y/o acerca de sus ataques activos, movidos por el odio o la envidia, a cualquier estado sano de confianza o de creatividad de su objeto. Uno de los problemas que espero debatir se refiere a la necesidad y al grado de la propia adhesión a tales formulaciones en el curso de la sesión y hasta qué punto ayudan a enriquecer y a organizar el pensamiento del analista, o a interferir con su apertura y receptividad.

TRASFONDO TEÓRICO

En sus ensayos teóricos, con frecuencia brillantes, Bion adopta un modelo de pensamiento analítico que él deriva de su versión del modelo científico. En su comentario de 1967 sobre los trabajos publicados en *Second Thoughts* (Volviendo a pensar), cita el proceso que se desarrolla (o que, por implicación tendría que desarrollarse) en el pensamiento del analista y que se asemeja al descrito por Poincaré en su *Ciencia y método*.

Una «evolución», es decir la vinculación, gracias a una súbita intuición, de una cantidad de fenómenos aparentemente inconexos que adquieren así una coherencia y un significado que antes no poseían...

Del material que presenta el paciente surge, como la figura de un caleidoscopio, una configuración que parece corresponder no solo a la situación presente sino también a otras que anteriormente no habían sido consideradas como conectadas y que aquella no había sido planeada para conectar (Bion, 1967a: 127).

En su bien conocido trabajo «Ataques al vínculo», publicado por primera vez en 1959, aporta fragmentos de material clínico e ilustra alguno de los procesos que le llevan a hacer las interpretaciones que reproduce. Para dar un ejemplo:

Si mi interpretación era correcta, y los hechos subsiguientes señalaban que lo fue, esto suponía que la experiencia de ser comprendido había sido fragmentada, convertida en partículas de abuso sexual y evacuada. Hasta aquel momento sentí que la interpretación coincidía estrechamente con su experiencia. Interpretaciones ulteriores, que la desaparición de la confusión se debía a la reintroyección y la conversión en depresión, parecían tener menos realidad para el paciente, si bien acontecimientos posteriores eran compatibles con su calidad de correcta (Bion, 1959/1967: 96).

Pienso que en todo esto se puede ver algo de la postura que Bion adopta. Se ve a sí mismo como un científico que deduce una interpretación a partir de la evidencia, tanto si se refiere a la comunicación del paciente en la sesión o a experiencias previas con el paciente. Bion está interesado en que la interpretación se aproxime (como él dice) a la experiencia del paciente, que tenga «realidad» para el paciente y que se vea «confirmada», tarde o temprano, por las respuestas del paciente, y en un sentido más amplio que sea «correcta». En su formulación ulterior, Bion da la impresión de que en el momento en que un «hecho seleccionado» cristaliza en la mente del analista y le incita a hacer una interpretación, el analista tiene un sentimiento íntimo de convicción, si bien puede contar con la respuesta subsiguiente del paciente para confirmar su idea.

En una reevaluación de este abordaje que ha evolucionado a lo largo de veinte años, Bion llega a una posición diferente. Como antes he citado, desarrolla la noción de «hecho seleccionado», la «vinculación, gracias a una súbita intuición desencadenante, de una cantidad de fenómenos aparentemente inconexos, que de este modo adquieren una coherencia y un significado que hasta entonces no tenían» (Bion, 1967a: 127). A mi entender, está describiendo aquí un proceso que tiene lugar en el analista que confía más en la intuición que en una deducción consciente o en teorías. Lo que surge tiene de todos modos la calidad de una interpretación «correcta», acompañada de un sentimiento de convicción en el analista.

Por otra parte, en su revisión del trabajo sobre «El mellizo imaginario» Bion

perfila una distinción entre su descripción del sueño terrorífico y la consiguiente reacción del paciente por un lado, y su larga y brillante interpretación, por otro. Dice que al leer el relato del sueño, recordó el episodio de una manera tan completa que ahora le parecía que había «evolucionado» en el curso actual de la lectura. En contraste, escribe, «recordé que, a mi parecer, la interpretación era buena, "correcta" como hubiera dicho entonces, y "recuerdo" que la experiencia del sueño y la interpretación tenían la misma cualidad de convicción de aquel momento». Sin embargo, continúa diciendo, «me siento incapaz de afectarme con la verdad o falsedad de la interpretación». Escribe que con la descripción del sueño, ahora experimenta una «evolución» de la experiencia emocional; con la interpretación no experimenta «más que un sentimiento de manipulación de las teorías» (Bion, 1967a: 128-129).

Bion se refiere aquí al proceso de evolución, una noción de movimiento que considero estrechamente ligada al proceso de integración que tiene lugar en la mente del analista, que le ayuda a formular sus pensamientos en una interpretación, investida, en un particular momento, con un grado de convicción y que puede ayudarlo a orientarse mejor con su paciente. De todos modos, el uso que hace de la terminología de «hecho seleccionado» y el modelo de los métodos de las ciencias físicas que lo preside, parecen referirse a un estado de la mente al que el analista ha llegado que ilumina la situación y permite al analista hacer una interpretación «correcta».

Britton y Steiner (1994) nos alertan:

La descripción de Bion puede... ser engañosa a menos de reconocer que una interpretación que, en un momento dado, puede ser convincente para el analista e incluso quizá para el paciente, a menudo es inadecuada y a veces errónea. Entre tales errores, algunos están determinados por las necesidades defensivas del analista, y nosotros nos referimos a este tipo de falso insight como una idea sobrevalorada. La conciencia de la posibilidad de que un insight pueda ser una idea sobrevalorada, alerta al analista de la necesidad de tolerar la duda y de examinar el material clínico subsiguiente para evaluar su comprensión... La experiencia de un momento de insight o de descubrimiento puede ocasionar un sentimiento de emoción y de logro en el analista, pero nuestra experiencia nos dice que una vez formulada la interpretación, a menudo pierde algo de su convicción, y que la importancia de la duda, la culpa y otros sentimientos asociados con la posición depresiva son una parte inevitable de la experiencia. Nos parece probable que tanto el logro de un sentimiento de convicción como la verificación de esta convicción, como una hipótesis, forman parte del proceso de la interpretación, y que la evaluación y la formulación no pueden separarse de manera útil (Britton y Steiner, 1994: 1070).

Los citados autores señalan:

Que habitualmente no es posible distinguir entre estas dos fuentes de integración (el «hecho seleccionado» y la «idea sobrevalorada») en el momento de formular una interpretación pues los dos procesos pueden conducir a una convicción de significado. La distinción puede solo llevarse a cabo a través de una ponderación del valor de la interpretación cuando encuentra la respuesta del paciente a lo largo de la sesión y cuando se repite a lo largo de meses y años de análisis.

V En parte, a causa de esto, creemos que un elemento esencial del trabajo interpretativo tiene lugar después que ha sido formulada. Entonces es importante escuchar al paciente y prestar atención a su reacción a lo que ha sido dicho. En realidad la evaluación de las interpretaciones está tan íntimamente conectada con su formulación que creemos que no puede separarse de ella, y un analista experimentado controla el efecto que sus palabras tienen, al estilo del violinista que acerca su oído al instrumento para asegurarse que su entonación es correcta (Britton y Steiner, 1994: 1070).

Estaría de acuerdo con su descripción pero añadiría que también es importante para los analistas prestar oídos al instrumento que son ellos mismos, a reconocer el grado de convicción o de duda con que está investida la interpretación que ellos formulan en su mente o expresan en palabras; al servicio de qué funciones internas está y de qué manera estas pueden facilitar o interferir. La exploración de estos elementos puede iluminar la dinámica entre el paciente y el analista.

Lo que quiero sugerir es que resulta útil diferenciar entre dos modelos, ligeramente diferentes, del estado mental de los analistas en relación con sus formulaciones e interpretaciones. Como he tratado de describir, la formulación a la que el analista llega puede ser una organización dinámica crucial que integra su experiencia y su pensamiento, puede sentirse «justa» por el momento y facilitar el movimiento sucesivo. Otro modelo se refiere a la formulación o interpretación de los analistas como un estado al que se ha llegado, que se enjuicia como «correctamente» «seleccionado», no equivocado o ilusorio que puede ser confirmado o desmentido. Hay a menudo una tendencia a la cosificación de cualquier cosa que los analistas sientan haber comprendido en variados grados de certeza; es aquello que, en otro contexto, Whitehead ha descrito como la falacia de una «concretividad» errónea, «el error de tomar lo abstracto por lo concreto, de asumir que la abstracción a partir de una realidad concreta equivale a su totalidad» (1925, pág. 51).

No es nada difícil darse cuenta de por qué existiría esta atracción por la noción de una «interpretación correcta» o un «hecho seleccionado». Britton y Steiner (1994) se refieren a la dificultad del analista de tolerar la incertidumbre y la confusión; podríamos añadir las necesidades narcisistas del analista o el deseo inconsciente de encontrar medios omniscientes y omnipotentes de reparación. Sugiero que puede ser útil para los analistas tener la posibilidad de reconocer un estado de la mente en que su formulación o interpretación son «sobrevaloradas» con el resultado de una interferencia con la evolución del proceso analítico. Estos estados de la mente, que

son un aspecto inevitable del funcionamiento del analista, señalan alguna dificultad, aunque pasajera, en el contacto entre paciente y analista, o una dificultad intrínseca del analista.

Es interesante lo que Britton y Steiner (1994) dicen en referencia a la situación en que «una vez formulada, la interpretación pierde a menudo parte de su convicción», sugiriendo quizá que cuando los analistas funcionan satisfactoriamente, reconocen por un momento la calidad del estado mental a que han llegado antes de articular su interpretación. Estoy planteando la cuestión de si tendríamos que estar un poco preocupados por si la interpretación pierde algo de su convicción.

PRIMERA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

El primer caso al que voy a referirme concierne a un paciente que vino de una remota área del este de Europa, en donde fue educado en el seno de una familia con una tradición de prácticas religiosas estrictas. El Sr. K. es el mayor de cuatro hermanos. Hace una semblanza de su madre que era controladora e intrusiva. Al comienzo estaban estrechamente vinculados y sentía que durante las largas ausencias de su padre él era requerido a ayudarla en el cuidado de sus hermanos. Su padre había sido director de una gran compañía industrial pero quedó defraudado con su carrera y su matrimonio. Viajaba a menudo por el extranjero: empezó a negligir su salud y murió de malaria, solo, en un país lejano. La precoz alianza del Sr. K. con su madre, en que se sentía gratificado con el papel que le había asignado, dio paso a una actitud más hostil y crítica hacia ella, en la que la inculpaba de muchas de las dificultades que él y sus hermanos habían encontrado en sus vidas. El Sr. K. es inteligente y reflexivo. Estudió ciencias biológicas en Rusia y forma parte de un prestigioso proyecto de investigación en Inglaterra. Casado, con dos hijos; ha habido mucha amargura y rabia entre él y su mujer por algunos hechos ocurridos en la familia. Tanto él como su mujer se sintieron heridos, incomprensidos y más bien perseguidos por el otro. Además de las manifiestas dificultades del Sr. K. para hablar y comprender el inglés, lo que ha surgido en el curso del análisis es la presencia de dificultades más complejas en la comunicación y comprensión. Además, se ha puesto de manifiesto que estas dificultades en la comunicación con un objeto externo son en parte la expresión de los problemas que el Sr. K. tiene para conocer y comprender lo que ocurre dentro de él, tanto sus afectos como sus pensamientos.

Durante la semana anterior había habido breves períodos de contacto seguidos por largos, vacilantes y torturantes silencios que ni el Sr. K. ni yo fuimos capaces de comprender. Hice varios intentos de formular lo que creía que estaba ocurriendo pero aunque pensé que mis interpretaciones eran plausibles y «daban sentido», se acompañaban de un escaso sentimiento de convicción. Las respuestas del Sr. K., casi siempre de conformidad pasiva o de silencio reforzaban el sentimiento de perplejidad y desespero. Aunque yo no tenía motivos para sentirme confiado en mi trabajo y deseaba poder comprender mejor lo que estaba ocurriendo, sentía que estábamos los dos luchando con una situación difícil en que pocas cosas eran claras. Las únicas

sobre las que pude tener algún sentimiento pasajero de convicción, eran el sentimiento de lucha y los momentos en que me veía capaz de poner en palabras lo que pensaba y sentía que estaba ocurriendo entre nosotros.

El Sr. K. empezó la sesión un lunes diciendo que el domingo había tenido una noche difícil. Se preguntaba si esto podía tener relación con el hecho de que la joven mujer asistente del laboratorio, que le gusta y le ha ayudado, estaba planeando dejar su puesto y marcharse a Australia, de modo que esta sería su última semana de trabajo. Añadió que no tenía idea de si su perturbación estaba vinculada o no con esta partida de su asistente. No podía encontrar las pistas que pudieran vincular las dos situaciones. Todo lo que él podía saber era un estado de inquietud y de agitación por las noches que le deja perplejo y preocupado. Se pregunta si algo está alterado en su sistema nervioso autónomo por la noche (esto tiene alguna relación con su área de investigación). Pero también se pregunta si su inquietud es una evidencia de que es dependiente de la cafeína. Bebe algunas tazas de café durante el día, necesita el café por la mañana para ponerse en marcha. Supone que lo utiliza como una forma de automedicación, una especie de antidepresivo. No comprende en realidad el metabolismo de la cafeína aunque tendría que saber algo de ello por su trabajo de investigación. No sabe la duración de los efectos de la cafeína. Esto podría afectar a su sueño. Se da cuenta de que estas explicaciones son muy biológicas y médicas y que en realidad no explican su desasosiego por la noche.

Después, el Sr. K. mencionó que había recibido un mensaje electrónico de su antiguo profesor en su país natal. El mensaje estaba escrito en alfabeto cirílico y me dio una descripción técnica, detallada y compleja de la dificultad que había tenido para abrir el mensaje y leerlo en el ordenador de su laboratorio, relato que yo encontré difícil de seguir. Fue muy crítico con el jefe de su laboratorio que se ha negado a adquirir software suplementarios que le facilitarían comunicarse con su país de origen. Describió cómo se las había arreglado anteriormente para utilizar una complicada serie de maniobras técnicas a fin de superar la dificultad y para comunicarse con su profesor en su lengua eslava nativa. En el mensaje que el Sr. K. había podido enviar había descrito su soledad, las dificultades de vivir en Londres y los problemas que estaba encontrando en su investigación, con lo cual esperaba que su profesor podría ser incluso capaz de ayudarlo. Cuando finalmente logró descifrar el mensaje de su profesor, resultó ser un mensaje muy breve que se refería sola mente a problemas de la propia familia del profesor y a las dificultades que tenía con el personal de su laboratorio. El Sr. K. se sintió herido y contrariado por esta respuesta a su propia comunicación más detallada y personal.

Después se produjo un largo y expectante silencio.

Le dije que él describía muchas dificultades en la comunicación; los problemas que había tenido con el idioma y con los ordenadores, cómo había podido salvar los obstáculos y cuán importante era que lo que había comunicado fuese registrado y contestado de una manera correcta. Yo pensaba que también había descrito la dificultad que tenía en su interior para saber cómo dar sentido a lo que ocurría en su

mente o en su cuerpo, cómo traducir sus experiencias y lo que significaban. Trató de hacer conexiones con la fisiología, la cafeína, la asistente del laboratorio que se marchaba pero ninguna de ellas resultaba demasiado convincente para él; pensé que esto le inquietaba. Pensé también que esperaba que yo pudiera prestar atención a lo que me había comunicado acerca de sus dificultades y le ayudara en la investigación de lo que está ocurriendo dentro de él: yo podría ser capaz de traducir, de descifrar estas experiencias y reunir las de manera que pudiesen tener significado para él.

Sospecho que la manera de tomar inicialmente su material era en parte una respuesta a su largo silencio y a mi necesidad de estructurar y organizar lo que me había dicho, y darle un sentido. Su descripción de la dificultad de encontrar una manera de comunicarse me llevó a hacer una observación general con respecto al problema más que a dirigirme directamente a su ansiedad del momento para encontrar una manera de llegar hasta mí; sus dudas y temores acerca de sí en esta habitación y en este momento, yo tenía un verdadero interés así como los buenos métodos y técnicas que me permitieran reconocer la naturaleza de sus dificultades. Fue solo en la última parte de la interpretación cuando empecé a referirme a la manera con que me había estado hablando, cómo sus especulaciones explicativas no parecían sentirse como algo muy vívido y convincente para él, y cómo esperaba que yo sería capaz de dar sentido a lo que él había aportado; me sentí más confiado por haberme implicado con algo presente y activo en el paciente y entre nosotros.

El Sr. K. me dijo que estaba de acuerdo con lo que le había dicho. Continuó diciendo que él se había preguntado a menudo si debería darme el nombre de amigos y colegas de su país cuando me hablaba de ellos y hablarme más de los particulares valores sociales y académicos que dominaban todavía el departamento universitario en Rusia. Se da cuenta de que podría ser complicado y difícil para mí comprender cuando él no me da los nombres en su propio lenguaje del este europeo, sino que se refiere a ellos indirectamente, diciendo «mi amigo de Rusia» o «mi viejo profesor». Después me habló de una reunión social en la que se dio cuenta de que otro colega paisano suyo estaba hablando animadamente de su país, utilizando el nombre de lugares y el nombre de personas, pero era evidente que la persona que le escuchaba no podía comprenderle adecuadamente. El Sr. K. dijo reconocer que yo tenía una capacidad limitada para comprender la manera que él tiene de utilizar el inglés y él sabe que yo no aprecio realmente la particular historia ni la cultura de la sociedad de donde viene; pero que si él utilizara los nombres en su propia lengua, yo todavía le comprendería menos. Reconoció, de todos modos, que su manera de tratar las cosas hacía que resultara más complicado y vago todo lo que me decía.

Había algo más directo que de costumbre en la manera en que el Sr. K. me podía hablar de las dificultades entre nosotros y se permitió referirse a las limitaciones de mi comprensión que yo tenía de él y de su manera de hablar. Le hice algunos comentarios sobre esto y también planteé el problema que había surgido en el análisis, es decir su miedo de lo opuesto, de lo que ocurriría si él dijera las cosas por su nombre de un modo que me permitiera reconocer lo que ocurría dentro de él, teniendo en cuenta que él me sentía como una figura amenazadora e intrusiva como

su madre.

v El Sr. K. se mantuvo en silencio durante un largo rato y después me dijo que estaba de acuerdo conmigo. Pensaba que había algo en él que le impedía comunicarse. Después de otro largo silencio dijo que creía que esta dificultad se originaba en la relación que tenía con su madre. Se preguntaba hasta qué punto necesitaba que ella le viese como una persona entera y no solo como un buen muchacho. Quería que ella le viese como alguien que también tenía malos sentimientos hacia ella, sentimientos de atacarla, cosa que ella evitaba reconocer. Pero estuvo de acuerdo con lo que yo había dicho; también sentía que tenía que protegerse del escrutinio que ella le hacía como si se tratara de una posesión. Añadió, «esto supone un problema del todo insoluble».

Parecía que el Sr. K. estaba de acuerdo y confirmaba lo que yo había interpretado. Reconoció que era importante para mí reconocer la «persona entera», no solo el paciente bueno y comprensivo que intentaba ser. Indicó que albergaba resentimiento y hostilidad y un retraimiento consciente. Quería comunicar para comprender y ser comprendido pero se sentía amenazado por mi potencialidad intrusiva y relacionaba la situación entre nosotros con su experiencia temprana. Y sin embargo, aunque parecía estar plenamente de acuerdo con lo que yo había puesto de relieve, su silencio inicial y su manera de hablar después, me dejaron con el curioso sentimiento de falta de convicción con respecto a la significación y al valor de mi interpretación. Entiendo por esto la calidad de convicción que había tenido para mí lo que le formulé y el significado que parecía haber tenido para él. Si bien su respuesta a mi interpretación sonaba razonable, carecía de profundidad y resonancia y mi sentido de convicción en cuanto a la significación de mi interpretación fue disminuyendo. Me encontré preguntándome hasta qué punto el Sr. K. se había sentido presionado a confirmar lo que yo le había dicho; presionado en realidad a ser un muchacho bueno y condescendiente.

Le dije que yo pensaba que él también había tenido un problema con lo que le había dicho antes de que quedara silencioso, como si no acabara de saber lo que tenía que hacer con ello (me interrumpió para expresar su acuerdo). No quedaba claro si sentía que yo había comprendido realmente algo que requería ser comprendido. Pensé que él no había sabido qué hacer o adonde ir a parar y que esto le movía a retraerse en un largo silencio como si estuviese a punto de rendirse.

Después de mi intervención hubo todavía un silencio más largo y una atmósfera de desesperanza. Finalmente el Sr. K. dijo: «Es muy difícil describir lo que está ocurriendo en este momento, no me siento capaz de comprender algo que se me ocurra; también luché con esta dificultad por la noche, conmigo mismo. Siento que no hay manera de tener acceso a algo significativo.»

En ciertos momentos de la sesión sentí que podía dar sentido a lo que estaba ocurriendo y a lo que él iba comunicando pero en otros momentos me sentía inseguro y perdido. Era tentador deslizarse en un comentario más bien teórico, acompañándole

en relacionar lo que estaba ocurriendo con elementos de su historia tal como había surgido previamente; pero incluso cuando formulé estas interpretaciones, se sentían faltas de convicción e inútiles. Los puntos que me hicieron sentir más cercano a un sentimiento de convicción estaban relacionados con mi observación del «flujo» de la interacción y con la experiencia de estar en la sesión con el paciente. Pudo transmitirme de un modo vívido su lucha para dar sentido a su propia experiencia de la noche, por ejemplo, a su frustración relativa a su capacidad de comunicarse conmigo, no solo por el problema del lenguaje sino también por si yo tenía el aparato apropiado para recibir los mensajes que me enviaba. También me daba cuenta de hasta qué punto sentía él la necesidad de aceptar y estar de acuerdo con mis interpretaciones -es decir ser un «buen muchacho». Incluso cuando no estaba seguro de que hubiese una buena entente entre nosotros.

Teniendo en cuenta los límites de mi comprensión de su material, se podría haber considerado, naturalmente, un abordaje alternativo. Por ejemplo si yo, simplemente, hubiese reconocido y tolerado mi falta de comprensión clara y hubiese esperado, es posible que a su debido tiempo una «intuición desencadenante» pudiese haber permitido el reconocimiento de una nueva configuración que me hubiera ayudado a interpretar de modo diferente. No estoy seguro de esta posibilidad ni de su valor potencial para este paciente en aquel momento, sobre todo a la luz de su tendencia a acoger y a idealizar las formulaciones psicoanalíticas.

La experiencia de esta sesión me inclina más bien a seguir la ulterior diferenciación que hace Bien entre un proceso dinámico que describió como la «evolución de la experiencia emocional», que se podría tratar de formular en palabras como distinta de una interpretación más compleja que, a posteriori, dijo que le impresionaba como «nada más que una manipulación de teorías».

Quisiera describir ahora una experiencia diferente con este paciente, más o menos una semana después, una experiencia que contenía algunos elementos de esta «intuición súbita» cuando por breves momentos me sentía convencido de lo que había comprendido.

SEGUNDA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

El Sr. K. empezó la sesión un lunes hablándome de una manera mucho más animada que la semana anterior. Me dijo que por fin se había podido ocupar de algunas tareas que había negligido y que eran importantes para su familia y su carrera. Después me dijo que había tenido un sueño «impresionante» el domingo por la mañana. En su casa de campo el Sr. K. había empezado a tomar lecciones de vuelo sin motor con las que disfrutaba mucho. Había hecho su primer vuelo solo poco antes de llegar a Inglaterra pero había sido incapaz de continuar con este pasatiempo.

En el sueño estaba volando en un planeador sobre el mar, cerca de la costa. El paisaje era muy hermoso con palmeras de coco a lo largo de la playa. Había algunas luces como faros, entre los árboles. En el sueño tenía la idea de que estaba en Egipto.

Dijo que no había pensado ir a Egipto y que no se sentía preparado. Empezó a inquietarse por la comida de allí y si sería bueno comerla.

Le contó el sueño a su mujer y mientras se lo contaba hizo una conexión entre Egipto y yo mismo. Dijo que no pensaba que yo fuera egipcio pero recordaba una discusión que había tenido con otro colega de su laboratorio, de un país del Oriente Medio que había asistido a una conferencia que yo había dado. Este colega le dijo que encontraba algo en mí que le recordaba a alguna figura importante del antiguo Egipto. El Sr. K. dijo que no podía verlo así, que no sabía. Después hubo un largo silencio expectante.

Fue un alivio encontrar al Sr. K. con un humor mucho más radiante comunicándose conmigo de un modo más vivo y coherente. Escuchando el sueño se me ocurrieron a la vez elementos de su historia (especialmente la relación con su madre) y las recientes dificultades habidas en las sesiones. Sentí que podía «dar sentido» a su sueño. Hice una interpretación que vinculaba su admiración por el panorama con alguien que tenía una noción de mí como una figura importante. Le dije que se sentía ansioso y poco preparado para entrar en contacto con este lugar extraño que tendría que admirar desde la distancia. Estaba preocupado por las consecuencias de tomar algún «alimento» de este lugar o de esta persona tan poco familiares.

No sentí que hubiera tenido que esforzarme para dar sentido a su sueño; de hecho él me había invitado a hacer la conexión conmigo. Me di cuenta de que por unos momentos la formulación a que yo había llegado iba investida de un sentimiento de convicción comfortable y satisfactorio.

El Sr. K. estuvo inmediatamente de acuerdo. Dijo que le recordaba a la experiencia con su madre. Al principio había encontrado muy útil lo que recibía de ella, le sabía a bueno pero después encontró que era muy perjudicial para él y en el pasado había sido perjudicial para su padre. Habló del hecho de que, como un veneno, pasaba un lapso de tiempo antes que los efectos se hicieran manifiestos. Dijo que él creía que también había este elemento en el sueño.

A los pocos momentos de que el Sr. K. manifestara su aquiescencia conmigo y elaborara mi interpretación, me di cuenta de haber perdido mi sentimiento de convicción acerca de la interpretación.

Después de su respuesta inicial el Sr. K. dijo «uum» un par de veces, pero hubo otro discreto silencio muy prolongado. Continuó diciendo.

De momento no creo estar especialmente preocupado por la próxima interrupción. Como Ud. dice no sé todavía cómo relacionarlo con eso y no se de qué manera me perturba. Quizá estoy asustado de dejarle entrar a usted, como si le viese como una madre posesiva que pudiera envenenarme. Esto puede sonar un poco exagerado pero pienso que puede haber algo parecido

que me va rondando. Pero en el sueño la vista era muy hermosa.

Entonces le interpreté que lo que parecía estar ocurriendo en la sesión era similar al proceso del viernes. Hubo una comunicación inicial animada y después parecía haberse atascado. Después tuvo que luchar casi con desespero para dispensarse y dispensarme algo que nos pudiera interesar. Parecía que mi interpretación hubiera sido incapaz de ayudarlo o que incluso le hubiera hecho daño.

Después de un silencio, el Sr. K. dijo:

Me siento atascado cuando usted no me anima a seguir adelante, una falta de resonancia positiva, una falta de aprobación, y mis asociaciones no van a ninguna parte. Pienso que podría continuar explorando el sueño pero podría seguir y seguir sin volverme para mirarle sin llegar a parte alguna.

Entonces intenté señalarle lo que pensaba que se había producido en aquel momento, es decir que se encontraba en una relación conmigo que parecía ser frustrante y mala como la que él había descrito a menudo en relación con su madre que iba acompañada de acusaciones mutuas y de quejas.

El Sr. K. dijo, «sí, estoy de acuerdo, pienso que estoy buscando un faro entre nosotros que me oriente; de lo contrario voy a perderme entre las palmeras».

Visto a posteriori no pienso que mi interpretación del sueño fuese «incorrecta» o que una diferente interpretación del sueño hubiese sido necesariamente más válida o útil. Inicialmente, intenté considerar si mi súbita falta de convicción podría ser la consecuencia de un ataque hostil y/o envidioso por parte del paciente, pero no puedo encontrar ninguna evidencia de ello. Lo que ahora pienso es que el mismo hecho de haber tenido por un momento un sentimiento de convicción en aquel punto de la sesión debería haberme alertado de la posibilidad de que me encontraba en el «lugar equivocado». Había estado inducido a la actividad de «interpretar el sueño». Mi «comprensión» e interpretación podrían también estar influenciadas por la idealización expresada en el sueño y en las asociaciones del Sr. K. Ahora pienso que había estado inducido en un estado minimaniaco, debido en parte al alivio de no estar tan presos en la atmósfera frustrante y estancada de buena parte de la semana anterior y también como una «enactación» de un papel encumbrado y admirado.

Me di cuenta de que no había pensado en las dificultades de la semana anterior que nos habían llevado a los dos a sentirnos más bien desesperanzados, en el ánimo alterado del paciente en la presente sesión o en su referencia a las tareas en las cuales había progresado. Era como si compartiéramos un deseo de entrar en un modo de interacción en que intercambiáramos ideas e interpretaciones acerca de su relación con su madre en donde yo pudiera establecerme como este admirado pero distante «dador de interpretaciones», y pudiéramos comentar tranquilamente temas relacionados con el alimento o el veneno y el modo como todo esto se relacionaba con la situación que los dos estábamos viviendo.

Este abordaje analítico, más bien tradicional evita el seguimiento más atento y cercano a lo que está pasando ahora entre los dos en la sesión, en donde yo creo que la experiencia de convicción es inapropiada. Sospecho que yo había registrado con cierta pena y malestar la fácil conformidad del Sr. K. y su continuación inmediata con el material histórico referente a su madre «veneno», y la manera como ella se había vuelto una figura perjudicial para él (y para su padre). Esto indicaba que había algo erróneo en mi manera de implicarme al hacer una interpretación de su sueño.

En cambio cuando después le comenté al Sr. K. lo que había ocurrido en la sesión, que parecía estar estancado como si encontrase mi interpretación inútil o realmente dañina, me di cuenta de que yo no estaba «convencido» de esto pero tampoco particularmente dubitativo sobre lo que había observado. Me pareció que se producía algo más real, algo más inmediatamente válido que un comentario de sus ansiedades paranoides subyacentes por importantes que pudieran ser. Entonces el Sr. K. pudo ser capaz (cosa inhabitual) de expresar una queja sobre la falta de «resonancia positiva» y también de expresar su preocupación ante la perspectiva de seguir y seguir hablando, elaborando sus asociaciones sin tenerme en cuenta, como a veces había ocurrido.

Así pues, sugiero que la presencia de un sentimiento de convicción representa no precisamente la posibilidad de una «idea sobrevalorada» sino la indicación de un grado de investidura maníaca, narcisista por parte del analista en su «interpretación». El grado en que esto se da, refleja el grado en que el analista se halla sutilmente fuera de contacto con su paciente, consigo mismo y con la dinámica de la sesión en aquel momento.

Me gustaría contrastar las interacciones que acabo de describir con una en que fue difícil o imposible para el analista llegar siquiera a un sentimiento de convicción acerca de su comprensión o del valor de su trabajo. Con este segundo paciente, al cual me he referido ya en un capítulo anterior, creo que fue mucho más fácil reconocer sus profundas dudas respecto a lo que recibía de todos sus objetos así como los procesos activos que se producían en ella y entre ella y su analista, lo que aseguraba que uno nunca podía sentir que le había proporcionado lo que necesitaba.

TERCERA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

La paciente que describí previamente (véase capítulo 12) es una mujer joven con un trastorno de la alimentación que tiene una dificultad y una relación perturbada con su madre. Esto parece estar centrado en los celos y la rivalidad de la paciente, el papel de la madre y la relación que esta tenía con su marido y la hermana menor de la paciente.

La Srta. D. empezó su sesión un lunes diciendo de forma vaga y vacilante que habían ocurrido muchas cosas aquel fin de semana. Su humor se había mantenido variable pero no estaba segura de por qué se había sentido de aquella manera. No sabía exactamente cuáles eran sus reacciones a las cosas. Con una voz más firme dijo

que el sábado había sido el aniversario de su madre pero después recayó nuevamente en la vaguedad. Al cabo de un rato dijo:

Sé por qué luché durante el día. Es a causa de... también pensando mucho en lo que hablamos la pasada semana, podría haberlo mistificado pero estaba pensando que lo que dijimos era que si yo aparecía ligada o enzarzada con mis propias cosas, entonces esto puede ser una fuente de frustración o de resentimiento hacia los demás, hacia usted o hacia mi madre.

Hablando de esta manera vaga y tortuosa la Srta. D. no solo transmite su incertidumbre sobre sus sentimientos y reacciones durante el fin de semana, sino que también promueve que el analista se sienta intrigado y dubitativo. En cambio había momentos en que parecía que podía ser más explícita, como si ella misma tuviese acceso al conocimiento. En un momento dado, por ejemplo, dijo «yo sé por qué luchaba»... pero no se extendió más. Después se refirió a su versión de una interpretación de la semana anterior y habló de un modo que denotaba un aparente insight pero expresó que aquello no le había resultado útil.

La Srta. D. dijo que esperaba con ilusión pasar el aniversario de su madre con ella. Por una vez había hecho un esfuerzo. Había ido de compras con su hermana y habían encontrado un chal y pensó que a su madre le podría gustar como regalo. Su hermana le dijo que su madre lo había visto en la tienda y había dicho que, de veras, le gustaba. La Srta. D. decidió comprarlo.

El día del aniversario de su madre se había despertado tarde porque había estado trabajando la noche antes. Pensó que si tenía el trabajo listo estaría libre para pasar el día con su madre. De todos modos su madre y su hermana decidieron salir para ir a alguna parte y ella no quiso ir. Pensó que estarían fuera el resto del día de modo que decidió continuar con su propio trabajo.

Más tarde su hermana telefoneó para decirle que estaban esperando que la Srta. D. viniera para que su madre pudiera abrir el regalo. La Srta. D. pensó que era un poco egoísta continuar con su propio trabajo. Dijo para sí, es solo un día al año y tenía que pasar el tiempo con su madre de manera que estuvo de acuerdo en reunirse con su hermana y su madre.

Quedó claro para ella que a su madre no le gustó el chal que ella le había escogido pero estaba encantada con todo lo que su hermana le había comprado. La Srta. D. se sintió herida y enfadada. Sintió que le habían animado a comprar algo que su hermana sabía que no iba a agradar a la madre. Cuando la Srta. D. se encaró con su hermana, se la acusó de ser poco razonable y se fue furiosa.

Estuvo alterada todo el resto del día, resentida y celosa con respecto a su hermana y disgustada con su madre, cosa que no era lo que había esperado. La Srta. D. dijo (sin que pareciera convencida) que ella había sido responsable de causar tanto sufrimiento y echar a perder el aniversario de la madre. No había previsto que a su

madre no le iba a gustar el chal «¿Quién lo podría saber?»

Mientras la Srta. D. reafirmaba sus buenas intenciones y señalaba la poca confianza que le inspiraban sus objetos, su manera de hablar hizo inevitable que yo también abrigara dudas acerca de sus acciones y motivaciones aunque nadie podía saberlo a ciencia cierta. Al contrario, tan pronto como empecé a acariciar la menor esperanza de que podría comprender lo que estaba ocurriendo en la paciente y entre los dos, pude llegar a la firme convicción de que podía ofrecer a la paciente algo equivalente al chal. Fui llevado a sentir que lo que yo pensaba que sería útil para ella sería inevitablemente la cosa inadecuada.

Después, la Srta. D. dijo que las cosas habían mejorado en casa el domingo y ella consiguió hacer algún trabajo. Más tarde, como no había tenido tiempo de hacer ejercicio, de súbito se sintió muy hambrienta, comió demasiado y le sentó mal. No podía comprender de dónde vino aquel apetito tan intenso. Si tan solo hubiese podido hacer algún ejercicio y tomar el aire fresco durante el día no hubiese tenido necesidad de comer de aquella manera. Dijo que está muy bien buscar los significados profundos, el por qué de su forma de comportarse pero lo importante es la preocupación por su trabajo y esto podría ser la razón de su nerviosismo del sábado. Quizá lo ocurrido no tiene nada que ver con los celos y la rivalidad profunda con su hermana ni con los problemas con su madre; quizá todo dependía del mucho trabajo que tenía que hacer. Si en cambio hubiese ido al gimnasio y hubiese hecho algún ejercicio, todo habría ido bien.

En aquel momento la Srta. D. estaba hablando con un tono más firme. Si bien expuso sus propias propuestas y explicaciones de un modo enérgico, no pensé que estuviese convencida. De todos modos le proporcionaba un medio de tratar con su propia incertidumbre mediante una serie de objeciones provocativas hacia mí y mi rol de analista y hacia lo que ella creía que yo podía pensar sobre la situación. Este proceder tenía éxito hasta cierto punto y yo me sentía inseguro en la manera de abordar sus argumentos.

Cuando sentí que había recuperado alguna perspectiva, le comenté cuantas explicaciones diversas parecía verse obligada a ofrecerse y a ofrecermela. Trataba de elaborar lo que le ocurría, cómo se había afectado por lo sucedido con su madre y su hermana y cómo se debía en gran parte a su preocupación por el trabajo y la falta de ejercicio. No solo había transmitido sus dudas y sospechas respecto a su madre y su hermana sino que también parecía desdeñosa del valor de cualquier esfuerzo por mi parte en comentar «significados más profundos».

La Srta. D. respondió en seguida diciendo: «Sí, lo sé.» Había una cosa que ella olvidaba mencionar. Durante el fin de semana se había encontrado echando de menos a su excompañero James. Sentía que necesitaba estar con un amigo que le permitiera sacarse de la cabeza todo el farrago de la familia que parecía darle vueltas y vueltas por su cabeza sin cambiar nunca. Quizá el problema principal del fin de semana era realmente su ardiente afán de tener un compañero a su lado y el sentirse excluida por

James sin saber en qué situación se hallaba con él.

Sí que este material parecía expresar vívidamente su sentimiento de exclusión, la manera de responder a mi interpretación también me transmitía algo de la experiencia de sentirme excluido. Me verifiqué inseguro acerca de lo que estaba ocurriendo en la situación transferencial, sin saber si podía encontrar una manera adecuada y útil de describírselo. Era como si fuese difícil saber en qué relación estaba con ella, para decirlo con sus propias palabras. Pienso que mi inseguridad me llevaba a aferrarme a un nexo bastante obvio, pero no muy inmediato, conmigo mismo y el fin de semana, que en este caso no comportaba demasiada convicción.

Relacioné lo que me había dicho sobre James con el hecho de haberse sentido excluida aquí y aislada durante el fin de semana. La había perturbado el hecho de darse cuenta de súbito de su intensa necesidad de que alguien estuviera con ella. También la perturbaba el no ser capaz de distinguir entre las diferentes necesidades que la invadían tan intensamente -fuera necesidad de comida, necesidad de un compañero o del tipo de atención que recibía de mí en el análisis.

Después de un silencio me dijo; «Estoy segura de que es cierto», cosa que aclaró poco cómo había comprendido lo que le había dicho. Continuó comentando lo muy simpático y dulce que su padre había sido cuando se dio cuenta de lo alterada que ella estaba el domingo. Se sintió ayudada y apoyada. Con su madre, al contrario, siempre había venganza; nunca un momento de paz. Cuando estaba hablando con su padre, le sentaba muy bien sentirse reconfortada por él pero se asustaba de que no fuera demasiado íntimo. Cuando finalmente, el domingo por la tarde se sintió dispuesta para tener una discusión con su madre para intentar mejorar las cosas, fue a la sala de estar para hablar con ella pero su madre le dijo que se iba a la cama.

Era difícil saber qué se podía hacer de su aparente conformidad con lo que yo le había dicho; su manera de describir la relación con su padre aumentó mis dudas y mi incomodidad. No estaba seguro de si ella sentía que yo la había comprendido de manera simpática y apropiada, si su respuesta significaba que yo había creado, defensivamente, algo demasiado confortable entre nosotros; o si, en su mente, yo me había transformado en el padre con el que había una relación íntima y seductora.

Al igual que lo que veíamos en las sesiones con el primer paciente, hay una dificultad de llegar a cualquier comprensión convincente de lo que está ocurriendo en la paciente y en la transferencia. Ambos pacientes aluden a figuras maternas que generan sospechas y ansiedades paranoides. En el caso de esta joven mujer, sin embargo, parecía más fácil ver la dimensión de sus dudas sobre las cualidades y motivaciones de todos sus objetos y su capacidad de inducir dudas en el analista tanto en relación con su paciente como consigo mismo. Enfrentado a la experiencia incómoda y perturbadora de la provocación, la incertidumbre y la confusión, resultaba tentador para el analista intentar formular una interpretación que vinculara este material con la experiencia de exclusión de la paciente, la relación con los objetos primarios y sus motivaciones hostiles y provocativas. Encontré, no obstante,

que cuando me movía en esta dirección, por convencido que estuviera de momento, de la validez de mi formulación, pronto se hacía evidente que había perdido el contacto con la paciente y con la interacción dinámica entre nosotros de un modo tal que resultaba probablemente de nula utilidad. Como en el caso del primer paciente, su respuesta me llevó a la disolución del sentimiento de convicción pero también me ofrecía la oportunidad de lograr una mejor comprensión de lo que estaba presente y vivo entre nosotros en el consultorio en aquel momento; y esto, a su vez, podía proporcionarme una nueva, breve y provisional estructura organizadora.

Así, en diferentes puntos de este material, respondiendo a la experiencia de incertidumbre, confusión o duda había una tendencia a estructurar mi experiencia en una formulación. Como ya he señalado, estas formulaciones iban investidas con variables grados de convicción y cualquier sentido de convicción era con frecuencia transitorio. El reconocimiento de la experiencia recurrente de incertidumbre y de duda llevaba a veces, naturalmente, a una formulación de esta precisa experiencia contratransferencial, acompañada de una sensación de alivio y de proximidad momentánea. Aquello que quisiera subrayar es que tales formulaciones tienden a ser investidas con un sentimiento de convicción. Esto tiene un valor potencial pero acarrea el riesgo de sustraer al proceso analítico cualidades de flexibilidad y la propensión a abrirse a nuevos significados y a nuevas vías de comprensión de lo que hemos captado satisfactoriamente y hemos organizado dentro de un encuadre particular.

COMENTARIO

He tratado de considerar la dificultad que existe para encontrar un equilibrio entre la necesidad que tiene el analista de mantener una apertura en su pensamiento y estar abierto a nuevos significados y a nuevas maneras de comprender y, por otro lado, al peligro que los pensamientos y formulaciones lleguen a verse sobreinvertidos. Esta sobreinvertidura puede ser en parte una respuesta a las proyecciones del paciente. El paciente puede crear una atmósfera agradable, admirativa en que las interpretaciones del analista son idealizadas, incluso «veneradas» como ha señalado Britton (1988: 103). Con el primer paciente antes referido, se podían haber tomado sus interjecciones de «¡exacto!» como una confirmación sustancial de la validez de la interpretación. Al contrario, tal como he ilustrado con el segundo paciente, la joven mujer, cuando a veces me daba cuenta de que me sentía totalmente desprovisto de convicción, pude considerar este estado como el resultado del ataque en profundidad que la paciente hacía de mi capacidad de comprender o de creer en mis formulaciones.

Pienso que todos estamos familiarizados con modelos de los complejos movimientos entre paciente y analista y de la mente del analista en donde se alternan la incertidumbre y la confusión con momentos de confianza y claridad. En realidad, alguna de las investigaciones más importantes en psicoanálisis, en que los estudios de Bien han tenido un importante papel, se refiere a la indagación y a la exploración de

aquellos movimientos dinámicos interpersonales e intrapsíquicos. Experiencias momentáneas de clarividencia y convicción son parte esencial del proceso analítico. Implican necesariamente una interrupción del flujo de la sesión, una piedra de paso en el río de que nos habla Heráclito.

De todos modos, hemos de reconocer que el proceso fluido y subyacente en el paciente, en el analista y entre los dos no llega a detenerse; se ve afectado por el paso del tiempo, por los pensamientos y las palabras de paciente y analista. Y así una formulación o una interpretación pueden verse como una estructura organizadora pero transitoria. No obstante, habiéndose investido energía emocional en el pensamiento y en particular en la interpretación, hay una presión inevitable en el analista que le mueve a perseverar en su interpretación o de retornar a ella a pesar del hecho de que la transacción entre analista y paciente, la interpretación y la respuesta del paciente han alterado aunque sutilmente la situación entre ellos. Me parece que a menudo lo más útil, aunque muy difícil, es atender al movimiento que tiene lugar en la sesión, al movimiento que se da en el analista evocado por las comunicaciones del paciente, al movimiento que se produce en el paciente, evocado por las interpretaciones y al cambio de la dinámica entre los dos. Idealmente, el analista es capaz de mantener un equilibrio entre un sentimiento de confianza en su comprensión y en sus interpretaciones, y su advertencia de movimiento y cambio, la incertidumbre y la duda que deberían acompañar a toda experiencia transitoria de convicción.

Índice alfabético

- Abraham, K., 209, 219, 222
- Agravio, 89, 140, 141; rasgos clínicos 228-232; ilustraciones clínicas, 234-246; cultivo del, 132-133; configuración edípica subyacente, 225-246, dinámica subyacente, 232-233, fantasía omnipotente y, 245-246; Sentido gratificante del, 138-139. *Véase también* resentimiento
- Aislamiento, sentimiento de ser excluido, 24-25, 26, 27, 284-285
- Ambigüedad, 137, 139; duda y objetos internos ambiguos, 248, 262
- Analistas, cómo dirigirse a partes del self del paciente, 165-175; dudas en la situación analítica, 217-231; implicación en la identificación proyectiva, 57-77, 89-95, 172 indicadores de confort y de incomodidad, 62-63, 65, 67-68, 76, 91; manejo de las proyecciones del paciente, 46, 91, 95; perturbación al tropezar con estados primitivos de la mente, 184-185; presión a la

conformidad de los, 210-23; receptividad y estado de la mente, 98-99; sensación de convicción, 265-288

Ansiedad, claustrofóbica, 37, 193-98, 203-205, 260; de ser controlado, 170, 194-97, 204-5, 260; del analista, 68-9, 82, 189; del éxito, 146, 236; envidia y, 146-7; escisión y, 93, 184. *Véase también* escisión; identificación proyectiva como defensa ante ansiedades primitivas, 45; intensa, evocada en el encuentro analítico, 188-206; y reacción terapéutica negativa, 146; y la situación edípica, 33-41; paranoide, 40, 60, 160-188, 192, 261, 286; persecutoria, 47, 149, 205; reaseguramiento (tranquilización) y, 82-3, 86. *Véase también* reaseguramiento; tolerancia a la, 83, 92

atención, demanda de, 24-26, 115

Berlin, I., 225, 231

Bion, abordaje de la perturbación del proceso analítico, 189, 205; forma

temprana del complejo de Edipo, 40; identificación proyectiva, 45-46, 60, 61, 64; intolerancia parental a la proyección infantil, 26; observación psicoanalítica, 98-99; partes de la personalidad, 166; pensamiento analítico e interpretación, 268-70, 278; transformación materna del malestar proyectado, 45

Britton, R., 95, 287; y Steiner, 210-211, 266, 267, 270, 272

Burla, 156, 160, 162

Burnett, B. G., 207

Carpy, D. V., 76

Celos, 37, 40, 111-112, 232, 233
véase también envidia

Colusión entre analista y paciente, 32, 67, 77, 183; estimulada por la perturbación emocional del análisis, 188, 190, 302-303, 205

Complacencia, analistas llevados a la complacencia, 210-224; coerción y, 208; fantasía de mutua, 223; ilustraciones clínicas, 213-222; significaciones de la, 207-208, 223; usos defensivos de la, 208-224

Complejo de Edipo, 21-41; agravio y la configuración edípica subyacente, 225-246; Bion, 40; configuraciones edípicas que surgen en el análisis, 74-75; dificultades edípicas en relación con la familiaridad, 36, 37-38; fantasías edípicas y escisión madre/imago, 201-202; fantasías de la pareja edípica, 21, 24-25 26-27-28, 30, 32, 34-37, 38-41, 229; Klein, 21, 39; y un modelo de relación parental amenazadora, 33-38; y pareja edípica diferenciada, 28-32; y pareja edípica extravagante, 24-27; rivalidad edípica, 216-217

Compromiso, 22, 35, 122; entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte, 122

Comunicación, fracasos, 26-27; función de la escisión y de la identificación proyectiva, 52, 54, 60, 63-64; necesidad en ausencia de proyección omnipotente, 71-72

Contención, 45-46, 47, 68-69

Contratransferencia, actualización de rol, 90. *Véase también* enactación forzada en el análisis; como un modelo interactivo en psicoanálisis, 58; dinámica y situación edípica, 22, 26-29; la duda y la tendencia a formular, 286-287; historia del paciente y relación transferencia-contratransferencia, 97-120; respuestas al agravio, 231; utilidad de las reacciones emocionales a la, 46, 58, 59; convicción en la sesión analítica

Convicción en la situación analítica, 265-288; equilibrio entre duda y convicción, 287-288; ilustraciones clínicas, 239-287; trasfondo teórico del pensamiento analítico e interpretación, 268-272

Creativo/a, coito, 26-27, 41, 237; coito creativo en la mente del paciente, 166; vínculo creativo, 38-39; mente, 166-167; pareja, 40

Creencias delirantes/predelirantes, 233, 235, 237-238, 245

Cuentos de hada; narrativa de, 187, 191, 203-204, 205

Cuerpo, preocupaciones en torno al, 207-208; aversión, menosprecio del, 194, 195-196, 199, 239-240

Culpa, difícil tolerancia, 69-70, 136; y manifestación de la pulsión de muerte, 129, 132-133, 136; y reacción terapéutica negativa, 143-145, 146, 160-161

Defensas, contra la envidia, 174-175, 188; de escisión intrapsíquica, 90-91. *Véase también* escisión de versiones narrativas del pensamiento, 187-188, 191-206; denegación omnipotente de la realidad psíquica, 145, *enactaciones* defensivas en el análisis, 46. *Véase también* enactación; identificación proyectiva como defensa, 45, 51, 52; y dinámica del reaseguramiento, 80, 83-87, 88-94; interpretación como *enactación* defensiva del analista, 169, 181-182, 188; narcisistas, 208-209, 213-214, 219, 226, 234-235; triunfales, 151, 156-157, 160, 161, 162; uso defensivo de la complacencia, 207-224

Dependencia, del analista, 224; de objetos, 145; resentimiento de dependencia, 123

Desamparo, 133-134, 189; y pulsión de muerte/destructiva, 125, 126-127; la víctima desvalida, 75, 114-115, y la presión a la enactación, 171-172

Desarrollo, curso normal, 84, 85; interferido por la envidia, 148-149; sexual, 232

Deseo, logro del, 47, 64, 68, 94-96

Desesperanza, 27-28; cultivo de la, 132-133; gratificante, 134-136; agravios y, 231-232; invasión por la, 131-132

Duda, convicción y, 287-288; en fantasías edípicas, 25, agravios y, 198, 231; y la tendencia a formular, 286-287; identificación proyectiva y, 64; ilustraciones clínicas, 249-260; incrementada por el reaseguramiento, 88, 92; y la presión de la enactación¹, 71; origen y funciones en el paciente y en la re-

lación analítica, 247-263; proyección de la, 86-87, 249-262; reaseguramiento y, 88

Enactación (*enactment*), al dirigirse a partes del self, 174; y la implicación del analista en la identificación proyectiva, 57-77; 89-94; interpretación como enactación defensiva del analista, 170, 172, 181-182, 188; narración de historias y, 80-81; presión a la enactación durante el análisis, 46-47, 58-59, 74, 75-76; reaseguramiento y, 66, 82-83, 88, 89-94, 95; reconstrucción y, 105-106, repetición y re-enactación, 66-67; con sentimientos de desamparo y duda, 171; y situación edípica, 22, 31-32

Envidia, culpa y, 146; como fuerza destructiva, 141, ilustraciones clínicas de las consecuencias de la envidia inconsciente, 151-161, 176, 178; Klein, 148-150; y la movilización de los impulsos sádicos, 148, 162, 184-185; y la reacción terapéutica negativa, 143-163. *Véase también celos*

Equilibrio psíquico, preservación/restauración del, 46, 70-71, 80, 83, 87-88, 91, 94-95; amenazas al, 74

Escisión (*splitting*), y abordaje de partes del self, 165-185; del analista, 66; concepto de, 83-85; Freud, 43, 44-46, 83-85, 92-93, 94; y reacción terapéutica negativa, 149-150; fantasías edípicas y una escisión madre/imago, 201-202; identificación proyectiva y, 43-55, 59, 62, 91-92. *Véase también Identificación proyectiva, Proyección*

Escucha, 98; ansiedad y, 198-199

Estado idílico, perdido, 234, 238-239, 246

Fairbairn, W. R. D., 58

Fantasía, de aniquilación, 124-125, fantasías arcaicas, 72-73, 76, 188, 237; de autodestrucción, 124-125, 161-162, 163; conciencia de resistencia a fantasías, 91-92, creencias delirantes/predelirantes, 231, 233, 235, 237, 238, 245; fantasías destructivas, 133. *Véase también* pulsión destructiva. Expresión de deseos edípicos primitivos, 227; de intrusión forzada, 57-58; agravio, 227, 229, 241, 242; fantasías de complacencia mutua, 223; fantasías en espejo, 115-116. *Véase también* enactación; fantasías edípicas y calidad del pensamiento, 23, 24, 27-28, 38-39, 40, 41; omnipotentes, 44, 53, 91-92, 125, 189, 246, 252, 253, de la pareja edípica, 21, 24-25, 26-27, 28-29, 35-38, 39-40, 229; fantasías idílicas, 234, 235, 238; de separación, 31-32; sexual, 23, 108-109 239-240. *Véase también* Complejo de Edipo y la escisión del objeto, 44-45, 85-86 influencia sobre el estado mental del analista, 57-58, 93-94, 97; logro de deseos, 46, 64-65, 90-91. *Véase también* versiones realistas de self y objetos. Fantasías edípicas y escisión madre/imago, 201-202; fantasías primitivas que arraigan en los agravios, 229; Freud, 43, 83; identificación proyectiva y, 43-55, 60, 63-64, 91-92; Klein, 43-45, 83-85, 994, 191-192; proyección en un objeto de la fantasía, 63 y reacción terapéutica negativa, 149; como utensilio en la contra-

- transferencia, 46-47; 150. *Véase también* identificación proyectiva, proyección; de relaciones de objeto proyectadas, 59, 60, 68, 70-77
- Fantasía omnipotente, 45, 53, 91-92, 125, 189, 245-246, 252
- Fantasía sexual, 23, 239-240; violenta, 133-134. *Véase también* Complejo de Edipo
- Figuras de bruja, 201-202, 203, 247, 248
- Fonagy, P. y Target, M., 167
- Frank, A., 104-106
- Freud, Sigmund, y la disputa sobre el cambio psíquico, 119-120; complejo de Edipo, 21; compulsión de repetición, 47; culpa inconsciente y reacción terapéutica negativa, 143-144; escisión, 43, 84; la escucha y la memoria inconsciente, 97-98, historia del paciente, 98-100; partes de la personalidad, 165-166; pulsión de muerte, 121-122; resistencia, 123
- Glenn, J., 167
- ‘Hechos seleccionados’, 266, 267, 269-270, 271-272
- Heimann, P., 58
- Heráclito, 267
- Historia del paciente, 97-120; y abordaje del paciente, 115-117; y la disputa sobre el cambio psíquico, 118-120; Frank, 104-106, hermenéutica creativa, 101-103, ilustraciones clínicas de su uso, 108-118, integración del pasado, 107-108, Joseph, 106-108; como; orientación, 111; y recuerdo en la observación psicoanalítica, 98-99; uso que el paciente hace del pasado, 106-107

Hoffman, I. Z., 75-76
'Hombre de los lobos', 102
Horney, K., 146-147

Ideas sobrevaloradas, 265-266, 270-272

Identidad, confusión, 235-236

Identificación, confusa, con la madre, 234, con un objeto sospechoso, 268, formas tempranas, 44-45, inconsciente, 58, con alguien libre de conflicto o de duda, 173, con la versión del analista 'que sabe', 173, con figuras poderosas, 171, con el objeto de catexis erótica, 143-144, con objetos dañados, 151, con un objeto envidioso, 178-179, con una parte de la personalidad, 182-183, proyectiva e introyectiva, 22-23, 38-39; parcial y desplazable, 22; con la pareja, 41, con la pareja edípica, 233, psicótica, 197, *Ver también* identificación proyectiva, identificación introyectiva

Identificación introyectiva, 66, fantasías edípicas y, 39; con objetos dañados y debilitados, 143, 144, 151, 154, 161-163; presión a la enactación en el análisis, 91-92, y manifestación de la pulsión de muerte, 136-137; partes de la personalidad y, 166; y reacción terapéutica negativa, 154, 161, 162

Identificación proyectiva, escisión, 43-55, 59, 62-63, 91-92; implicación del analista, 57-77, 89-94, 172; uso que el analista hace de la historia, 108, 45-46, 60, 61, 63; función comunicativa de la escisión y la, 53, 55, 60, 63, 64, presión a la complacencia, sobre el analista, 213-223; como defensa, 45, 51, 52; impulso destructivo y,

128-129; discrepancia entre realidad externa y realidad interna, 58, 59, 64-65, 74; evacuación y, 45, 53; fracaso de la comunicación debido a la, 26-27; uso violento y forzado de, 40-42; y confusión de identidad, 235-236; Klein, 45, 53, 56; pseudomadurez, 70, dinámica del reaseguramiento y, 89-94; Rosenfeld, 53-55, 60, 62-63, 64-65, 118-119

Impulsos, dificultades de los analistas al chocar con los más primitivos, 184-185; rechazo de, 30-31. *Véase también Pulsiones*

Integración, de elementos de la personalidad, 96, desarrollo del sentimiento de, 107, 108, 176-184; falta de, 183-184; orígenes de la identidad, 271, paciente ayudado en la, 149, 167; y transferencia, 105

Internalización, duda y objetos internos ambiguos, 248-261; Freud, 21, Klein, 21, 39; modelo interno de pareja parental, 39; y el proceso analítico, 33. *Véase también* identificación e introyección

Interpretación, convicción, formulación, y, 265-288; dirigida a partes del self del paciente, 167-185 enactación defensiva del analista, 170, 181, 182, 188; encuadre de la, 167, 169-185 experimentada como persecutoria, 101-103, 166-167; hermenéutica creativa, 101-103; vista como intrusiva, 72-73, 115-116, 174-175, 181, 184, 276; mutativa, 184-185, 188-189, 205-206; pensamiento analítico y, 268-272, 278; de resistencias, 168; sobreinvertida, 282, 287-288; uso perverso de la, 211-212

Interpretación mutativa, 184-185, 188-189, 206

Intimidación, como una intrusión, 38-39; dificultades edípicas concernientes a la, 33-34; 35-38; reconstrucción y, 99-101, 105

Introyección, identificación proyectiva y, 57, 60, reintroyección del objeto envidioso y destructivo, 149-150; del objeto violento y odioso, 112-113

Inversión de rol, 25, 47

Joseph B., 65, 66, 76; manejo, por el analista, de las proyecciones del paciente, 46-47, 70-71; complacencia, 212-213, 222; enactaciones defensivas en análisis, 46; historia del paciente, 105-107; identificación proyectiva, 90-91, 128; pulsiones destructivas, 128-129, 226

Klein, M., envidia y reacción terapéutica negativa, 148-150, 232; escisión, 43-45, 84-86, 92-93, 94, 193; fantasías edípicas y escisión madre/imago, 201-202; formación de partes de la personalidad, 166; historia del paciente y teoría del cambio psíquico, 100; impulso destructivo, 124; identificación proyectiva, 43-45, 53, 56; internalización y el complejo de Edipo, 21, 39; pareja parental combinada, 27; proyección, 44, 86-87, 92-93; reaseguramiento, ilustración clínica, 86-87, 92-93, 202-203; Strachey, 188; trato de las ansiedades persecutorias, 205

Kris, E., 100-101, proceso analítico, 102-103

LaFarge, 226-227
Lansky, M. R., 226
Laplanche, J., 102; y Pontalis, J. B.,
43
Logro de deseos, 46, 64-65, 90-91
López Corvo, R. E., 167

Melancolía, 166
Meltzer, D., 69
Miedo. *Véase* Ansiedad
Miedo del éxito, 146, 236-237
Money-Kyrle, R. E., 66

Narcisismo, de los analistas, al inves-
tir sus interpretaciones, 281-282,
ataque narcisista, 150, defensa
narcisista, 208, 209, 213, 218,
225, 235-236; herida narcisista,
226, sentido de la denominación
narcisista, 226

Narración de historias, 80, análisis e
informaciones narrativas del pen-
sar, 187-188, 190-196, narración
de cuentos de hada, 187-190,
194-195, 196; y 'versiones' de la
realidad, 80-81

Objetos, duda y objetos internos am-
biguos, 249-262; objetos 'históri-
cos' como objetos internos, 108,
introyección de un objeto violento
y odioso, 114; identificación in-
troyectiva con objetos dañados y
debilitados, 143, 144, 151, 154,
155; estado mental del objeto
afectado por la proyección, 49, 54;
proyección en el interior. *Vease*
Proyección, Identificación proyec-
tiva; reintroyección del objeto en-
vidioso y destructivo, 149-150;
escisión del objeto, 43-45, 86, 94.
Véase también Escisión; Utiliza-
ción del objeto para protegerse del

- sufrimiento, 45; versiones de self y objeto, 80-81, 84-85, 88-92, 96-97
- Omnipotencia, creencia en la, 127-128; en la denegación de la realidad psíquica, 145; impulsos destructivos, 150
- O'Shaughnessy, E., 66, 68-69, 76
- Pareja edípica, 21, 24-25, 26.27, 28, 30-32, 34-37, 38-40, 1228-1229
- Pareja parental, 26, 30; complejo de Edipo y *Ver* Complejo de Edipo, modelo interno de, 38
- Partes de la personalidad, aceptación/pertenencia e integración, 167-169, 174-180-183, 184; abordadas en el análisis, 165-185; Freud, 165-166. *Véase también* Partes del self
- Partes del Self, vividas como amenazadoras, 43, identificadas con, 51; intrusión en el objeto, explicaciones en términos de, 182-183. *Véase también* Partes de la personalidad
- Pecho, dificultades alimentarias, 208-209; pecho bueno y pecho malo, 148; y la necesidad de escisión, del bebé, 192-193, Boca y relación con el pezón, 39-41; envidia primaria y el ataque al pecho, 148
- Pensamiento, análisis e informes narrativos, 187-188, 190-206; interpretación y, 268-272, 278; cadenas, hileras de pensamientos, 127-128; confusión, 250-252; como limitación de la fantasía omnipotente, 92, 262-263; necesidad del analista de pensar por sí mismo, 95-96; fantasía edípica y cualidad de, 23, 24, 27, 38, 39, 40; ideas sobrevaloradas, 265-266, 270-

- 271; como representación del coito parental, 89; amenaza del pensamiento independiente ajeno, 81-82, 89
- Perdón, capacidad de, 227; incapacidad de, 226
- Persecución, ansiedad, 25, 149; agravio y, 230, 231, 232, 235, 246; interpretación experimentada como persecutoria, 101-102, 166-167; y manifestación de la pulsión de muerte, 125, 127, 128, 129; rechazo persecutorio, 204; culpa persecutoria, 135
- Phillips, W., 207
- Proceso analítico, cómo dirigirse a partes del self del paciente, 165-185; análisis de la complacencia del paciente, 207-224; implicación del analista en identificación proyectiva, 57-77; 89-94, 172; límites en el, 108-109, 171; evocación de ansiedades intensas, 188; 204; Frank, 103-107; modelo interactivo, 58; liberación de las distorsiones del pasado, 104-105; manifestación de la historia del paciente en el, 98; uso que el paciente hace de la narrativa de sus pensamientos, 187-188, 190-204; 'observación' psicoanalítica y estado de la mente del analista, 98-99; recreación de la situación edípica, 26-27, 28-32, 35-37, 38; transformación de la experiencia en palabras, 45
- Protección, ansiedad por la ruptura de barreras, 37, 38; de ser observado, 199-200; de ser controlado, 197; necesidad de una barrera protectora, 33-34; 37, 171, 276; ofertas del paciente, 118; de un estado soporoso, 196-198; utili-

zación del objeto para protegerse del dolor, 45

Provocación, transferencia y, 25, 51-52, 178-179

Proyección; afectación del estado mental del objeto, 47, 52, concebida como un proceso concreto, 60; lactancia al pecho y necesidad del bebé, 192; como mecanismo defensivo, 22-23, 32; de pensamientos peligrosos, 32; de la duda, 86-87; de la envidia del bebé, 149-150; Klein, 44, 86-87, 92; y el complejo de Edipo, 23, 27. *Véase también* Complejo de Edipo; omnipotente, 93-94, 71-72; intolerancia parental a la proyección infantil, 26; de los padres, 28; de fantasías de relaciones de objeto, 58, 59, 67, 69, 76; mecanismos proyectivos, 23, 29, 59, 71, 95-96; inversión de roles, 25; escisión y, 42-43. *Véase también* Identificación proyectiva

Pseudomadurez, 70

Pulsión destructiva, 122, 127, 141; ilustración clínica, 128-140; envidia y la provocación de impulsos destructivos devastadores, 148-150; fantasías de autodestrucción, 124-125, 161-162, 163. *Véase también* Pulsión de muerte

Pulsión de muerte, 121-142; adición a *near death* ('premuerte'), 126, compromisos con la pulsión de vida, 97; Freud, 121, 122, 123; como un pulsión primaria destructiva, 122-127, 141-142, ilustración clínica de pulsión destructiva, 129-141; respuestas envidiosas y, 149; Rosenfeld, 123, 126; Segal, 121-122, 124-126

Pulsiones, compromisos entre pulsiones de vida y de muerte, 122. *Véa-*

se Pulsión de muerte, Pulsión destructiva, rechazo de impulsos, 31.
Véase también Impulsos

Racker, H., 58

Reacción terapéutica negativa, 143-163; ilustración clínica, 151-161; envidia y, 144, 146-162, 232; culpa inconsciente y, 143-145; 146

Reaseguramiento, 79-96, 56, 82, 91, 92, 231; enactación del analista en procura de auto-reaseguramiento, 66-67, 91; ilustración clínica de Klein, 86-88, 93-94, 202; concepto y definiciones de, 88-89; duda incrementada por el, 88-89; dinámica del, 89-95; y enactación-presión en el análisis, 66, 83-84, 88, 89-98; escisión intrapsíquica y, 83-85; necesidad de reaseguramiento interno, 28, 31, 33; y la ilusión edípica, 94-95; actuación repetitiva de fantasías, 74; y la pervivencia de la situación edípica, 95-96; mediante un tercero, 233; fantasías desiderativas y, 65, 94, 95

Receptividad, 98-99

Rechazo, ansiedades, 28; sentimientos de, 28

Reconstrucción, Freud, 99, 105; Kris, 99-100; comprensión y, 105-106, 118-120. *Véase también* Historia del paciente

Recuerdo, historia del paciente y, 98, recuerdos idílicos, 238; inconscientes, 98, recuerdos-pantalla, 103-104; recuperación de los recuerdos infantiles, 100-101, 102, 103

Recuerdos-pantalla, 103-104

Relación analítica, colusión en la. *Véase* Colusión entre analista y paciente; fantasías enojosas en, 91-

- 92; mecanismos y funciones de la duda en, 247-262; presión en la *véase* presión a la enactación en el análisis; envidia, 160, 161-162. *Véase* Envidia; agravio proyectado en, 230-233; incestuosa, 230; historia del paciente y la relación transferencia-contratransferencia, 97-120; reaseguramiento de dos órdenes de procedencia, 94-96
- Relación contratransferencial, 97-120, respuestas al agravio, 230-231, actualización de roles, 90. *Véase también* enactación forzada en el análisis; utilidad de las reacciones emocionales en la, 46-47, 58, 59
- Relación especular, a través de la enactación. *Véase también* enactación; de fantasías, 115-116; en las respuestas del analista, 231-232
- Relación parento-filial, alimentación al pecho y necesidad de escisión por parte del bebé, 192; con madre perturbada, 28-30; miedo de ser controlado por la madre, 170, 193, 196, 202-203; sentimiento de ser; sentimiento de haber sido tirado, 116-118; internalización de las figuras parentales, 21; transformación materna de la angustia proyectada, 45-46; relación boca-pezón, 37-40; envidia primaria y el ataque al pecho, 148; proyección en el pecho, 23-24; escisión madre-imago, 201-202
- Relaciones de objeto, arcaicas, 58, 72-73, 75, 230, 232-233; compensatorias, 233; contratransferencia y la comprensión de, 46, 58, 59; encarnación de la historia en las relaciones internas de objeto, 97; integración a partir de las

- expresiones transferenciales de las, 108; relación boca-pezones, 38, 39; narcisistas, 90-91, 94; proyección de fantasías, 58, 59 67, 69-76; actualización repetitiva de, 47; cumplimiento de deseos, 46
- Relaciones sado-masoquistas, 89, 94, 125, 226, 233, 234, 238; versión fantaseada de la relación analítica, 243-244
- Repetición, 47, 67; quejas, 228; rumiaciones repetidas y gratificantes que alimentan el agravio, 226, 227, 233
- Represión, análisis y disminución de la fuerza de, 119-120; historia de la, 102, 119
- Resentimiento, 140-141, 228, 235; reconocimiento del, 28, 29, 30, 140-141; por las exigencias del análisis, 132, disminución de la conciencia a causa del, 140; y manifestaciones de la pulsión de muerte, 132, 134-135, 137, 138; protegerse del, 117-118; promoción del, 111, 245. *Véase también* Agravio
- Resignación, 134-135
- Resistencia, 33, 166; advertencia del analista de la resistencia a las fantasías, 91-92; complacencia y, 208-209. *Véase también* Complacencia; Freud, 123; interpretación de la, 168; al cambio psíquico, 118-119, 208
- Rey, J. H., 145, 165
- Riesenberg-Malcolm, R., 209-210, 222
- Riviere, J., 144-146
- Rosenfeld, H., pulsión de muerte/destructiva, 123, 126, relación terapéutica negativa, 150; partes de la personalidad, 166-167; identifi-

cación proyectiva, 53-54, 58-59, 60-61, 65-66; repetición y reenactación, 65-66

Sadismo, 132, 145, 227; envidia y la movilización de los impulsos sádicos, 149, 162, 178; agravios y, 229, 232-233; burla sádica, 162-163; la pareja edípica sádica, 232-233. *Véase también* relaciones sado-masoquistas

Sandler, J. 46, 90, y Sandler, A. M., 46, 64-65, 89-90, 169-170

Schafer, R., 80

Segal, H., impulso de muerte/destrutivo, 121-122, 124-126, 127; el pensamiento como limitación de la fantasía omnipotente, 92, 246

Self, partes. *Véase* Partes de la personalidad

Separación, sentimiento de estar excluido (amputado), 24, 25, 26, 27, 285-286; fantasía de, 31-32

Sexualidad, confusión en, 239-240; temores de intrusión, 34-35, 36-37; repudio de impulsos sexuales, 31

Soledad, sentimiento de ser excluido, 24-25, 26, 27, 284-285

Spaltung. *Véase* Escisión

Spillius, E. B., 100, 147, 150, 151

Steiner, J., 226-227

Strachey, 64, 107, 184-185, 188-190, 202, 206

Sueños, de certeza, 248; complacencia y, 221-222; convicción y duda en la interpretación, 278-281; narración defensiva de los, 190-191, 192, 203; impulso destructivo y, 130-131 agravio y, 236-237; complejo de Edipo y, 25-26; contado por el paciente para demostrar su *insight* analítico, 129-130, 131; re-

- sistencia del analista a entrar en el mundo de los, 27-29
- Suicidio, 164-165
- Superyó, 66, 144, 165-166
- Strachey, J., 107, 184-185, 188; 202, 205
- Transferencia, y la dinámica del reaseguramiento, 88-94; enactación. *Véase* Enactación; agravio y, 223-233, 235-145; imposición de una relación de rol por parte del paciente, 46-47, 52; complejo de Edipo y la dinámica de la relación transferencial, 23, 25-27, 28-32, 35-37; historia del paciente y la relación de transferencia-contratransferencia, 97-120; uso reconstructivo, 99; escisión e identificación proyectiva en la, 48-50
- Trapp, J., 207
- Tuckett, 58
- Venganza, 226-227
- 'Versiones' realistas de self y objeto, 80-81, 84-85, 88-92, 93-94; apelación al tercero para el reconocimiento de la verdad, 228-229, 233
- Viderman, 101
- Violencia, impulsos de. *Véase* Pulsión de muerte; Impulso destructivo. Complejo de Edipo e inteacción violenta, 30, 31, 32, 33, 36, 37, 39; en la identificación proyectiva, 64-66. *Véase también* Relaciones sadomasoquistas
- Waelder, R., 168, 169
- Whitehead, A. N., 272
- Yo, empeño en el análisis, 119-120; escisión, 43, 44-45, 83-85

COLECCIÓN PSICOANÁLISIS
BIBLIOTECA NUEVA/APM

ÚLTIMOS TÍTULOS PUBLICADOS

La culpa. Consideraciones sobre el remordimiento, la venganza y la responsabilidad, Roberto Speziale-Bagliaca.

Acerca de los niños y los que ya no lo son, Paula Heimann. Edición de Margret Tonnesmann.

Volver a los textos de Freud. Dando voz a documentos mudos, use GrubrichSimitis.

El vértigo entre angustia y placer, Danielle Quinodoz.

Los sueños que vuelven una página. Sueños de integración de contenido paradójico regresivo, Jean-Michelle Quinodoz.

La vida operatoria. Estudios psicoanalíticos, Claude Smadja.

La adopción. Un tema de nuestro tiempo, Milagros Cid y Silvia Pérez Galdós (Coords.).

El cuerpo como espejo del mundo. Una mirada psicoanalítica sobre nuestra sociedad, Janine Chasseguet-Smirgel.

¿Por qué no pasa el pasado? La desmemoria melancólica, Milagros Oregui.

Psicoanálisis y «malestar» del hombre en el mundo actual, María Hernández y Manuela Utrilla (Eds.).

Los modelos psicoanalíticos de la psicósomática, Claude Smadja.

Figuras de la violencia en la sociedad actual. Violencia de género, acoso laboral, maltrato infantil, Silvia Pérez Galdós y Manuela Utrilla (Comps.).

Tejiendo ensoñaciones. Encuentros psicoanalíticos con padres y niños, Manuela Utrilla Robles.

El sueño y la sesión, Bernard Chervet y Christine Jean-Strochlic (Dirs.).

El psicoanálisis y la capacidad creativa en el ser humano, Enriqueta Moreno (Comp.)-

Tejiendo ensoñaciones. Encuentros psicoanalíticos con padres y niños, Manuela Utrilla Robles.

Los siete pecados capitales. Una visión psicoanalítica, Carlos Sopena (Comp.) y María Herrero (Ed.).

Estudio psicoanalítico de la paranoia. El caso de la madre asesina de Hildegart, José
Javier Fernández Soriano.

Duda, convicción y el proceso analítico, Michael Feldman.

Índice

| | |
|--|-----|
| PRÓLOGO, Rey Schafer | 6 |
| INTRODUCCIÓN, Betty Joseph | 8 |
| AGRADECIMIENTOS | 11 |
| CAPÍTULO 1.-El complejo de Edipo: de cómo se manifiesta en el mundo interno y en la situación terapé | 13 |
| CAPÍTULO 2.-Escisión e identificación proyectiva | 29 |
| CAPÍTULO 3.-La identificación proyectiva: la implicación del analista | 39 |
| CAPÍTULO 4.-La dinámica del reaseguramiento | 55 |
| CAPÍTULO 5.-La iluminación de la historia | 70 |
| CAPÍTULO 6.-Manifestaciones de la pulsión de muerte en el consultorio | 89 |
| CAPÍTULO 7.-Envidia y reacción terapéutica negativa | 107 |
| CAPÍTULO 8.-De cómo dirigirse a las partes del self | 124 |
| CAPÍTULO 9.-«Estaba pensando...» | 141 |
| CAPÍTULO 10.-Los usos defensivos de la complacencia | 157 |
| CAPÍTULO 11.-El agravio: la configuración edípica subyacente | 171 |
| CAPÍTULO 12.-Lleno de dudas | 189 |
| CAPÍTULO 13.-El problema de la convicción durante la sesión | 202 |
| INDICE ALFABÉTICO | 221 |