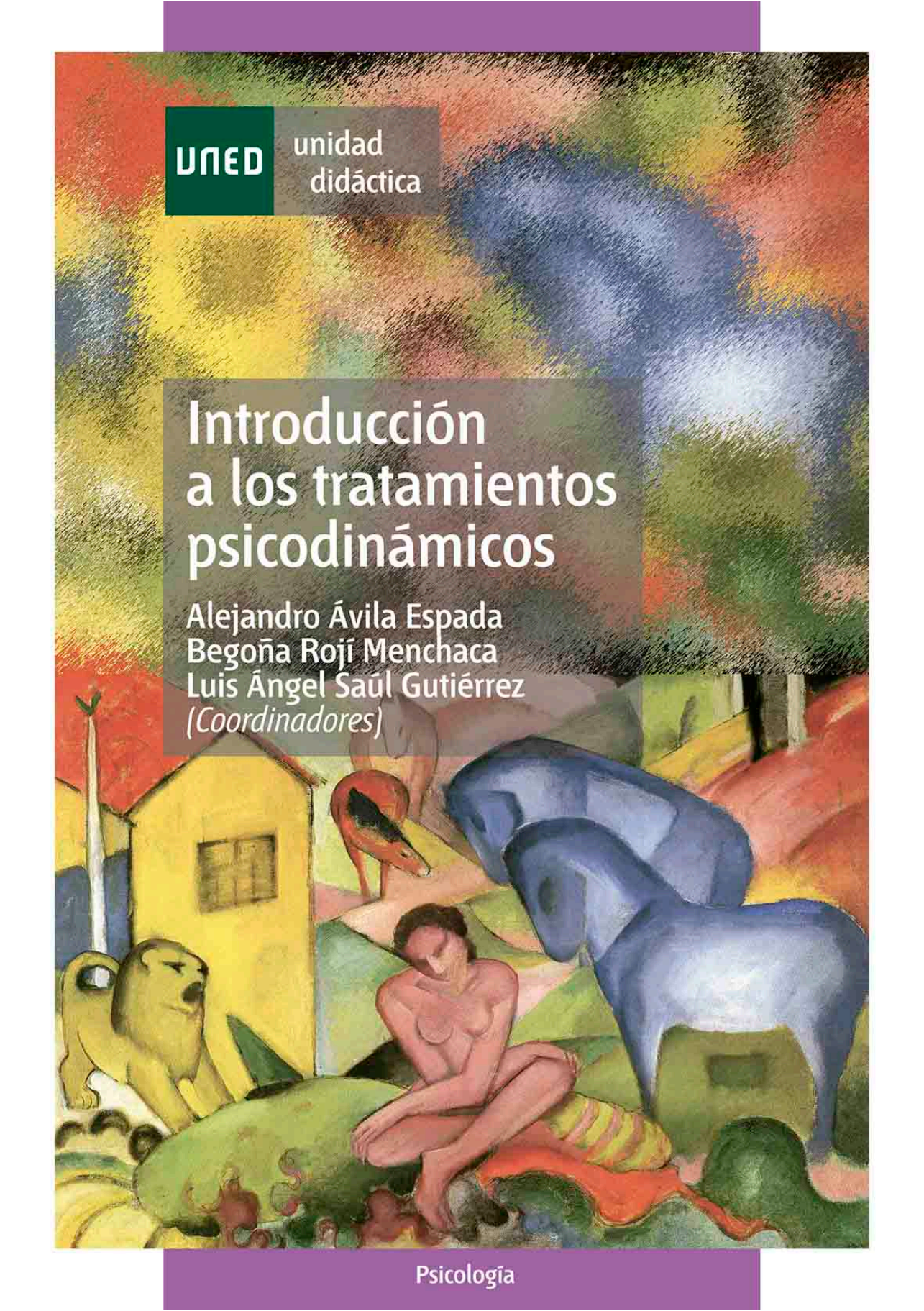


The background of the cover is a vibrant, abstract painting. It features a central figure, a nude woman in a crouching pose, rendered in a reddish-pink hue. To her left is a yellow house with a single window. To her right is a large, blue, stylized animal, possibly a bull or a horse. The sky is a mix of yellow, orange, and blue, with a large, dark, swirling shape on the right side. The overall style is expressive and surreal.

UNED

unidad
didáctica

Introducción a los tratamientos psicodinámicos

Alejandro Ávila Espada
Begoña Rojí Menchaca
Luis Ángel Saúl Gutiérrez
(Coordinadores)

Psicología

Alejandro Ávila Espada
Begoña Rojí Menchaca
Luis Ángel Saúl Gutiérrez
(coordinadores)

INTRODUCCIÓN A LOS TRATAMIENTOS PSICODINÁMICOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

INTRODUCCIÓN A LOS TRATAMIENTOS PSICODINÁMICOS

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamos públicos.

© Universidad Nacional de Educación a Distancia
Madrid, 2014

www.uned.es/publicaciones

© Alejandro Ávila Espada, Begoña Rojí Menchaca, Luis Ángel Saúl Gutiérrez, Manuel Aburto Baselga, Marina Bueno Belloch, Gonzalo Cabello Arribas, Javier Castelo Berastegui, Antonio Contreras Felipe, Elena Felipe Castaño, Antonio García de la Hoz, Gerardo Gutiérrez Sánchez, Jesús R. Herrero Sánchez, Merce Mitjavila García, José M. Pinto Campos, Carlos Rodríguez Sutil, M.^a Luz Rubí Cid

ISBN electrónico: 978-84-362-6932-1

Edición digital: octubre de 2014

ÍNDICE

Presentación. *Begoña Rojí*

Prólogo. *Alejandro Ávila*

Láminas

Capítulo 1: Contextualización histórico-cultural de los tratamientos psicológicos. De la antigüedad a 1900
Begoña Rojí Menchaca

Capítulo 2: Historia, núcleo conceptual y controversias epistemológicas del modelo psicodinámico
Alejandro Ávila Espada y Antonio García de la Hoz

Capítulo 3: El descubrimiento del psicoanálisis: Sigmund Freud
Antonio García de la Hoz y Alejandro Ávila Espada

Capítulo 4: Primeros discípulos y disidentes freudianos. Las tradiciones psicoanalíticas clásicas en Europa y Norteamérica
Alejandro Ávila Espada y Gonzalo Cabello Arribas

Capítulo 5: La Psicología del Yo. El psicoanálisis interpersonal. Las psicologías de la Identidad y del Sí mismo
Alejandro Ávila Espada, Jesús R. Herrero Sánchez y Elena Felipe Castaño

Capítulo 6: Melanie Klein y el Pensamiento Kleiniano contemporáneo. La escuela británica de relaciones objetales: Fairbairn. Los independientes: Winnicott
Alejandro Ávila Espada, Carlos Rodríguez Sutil y Javier Castelo Berastegui

Capítulo 7: Los innovadores del psicoanálisis contemporáneo (I):
Más allá de Freud; Psicoanálisis relacional y teoría intersubjetiva
*Alejandro Ávila Espada, Antonio García de la Hoz, Manuel
Aburto y José Manuel Pinto*

Capítulo 8: Los innovadores del psicoanálisis contemporáneo
(II): Los encuentros con otras teorías psicológicas
Antonio Contreras

Capítulo 9: Psicoterapia psicoanalítica: Principios conceptuales.
Elementos técnicos. Aplicaciones
Alejandro Ávila Espada

Capítulo 10: Terapia psicodinámica focal y estratégica. Objeti-
vos, técnicas y aplicaciones
Gerardo Gutiérrez, Sánchez y Alejandro Ávila Espada

Capítulo 11: Psicoterapia psicodinámica vincular: Integración de
modelos psicoanalíticos
Alejandro Ávila Espada y Carlos Rodríguez, Sutil

Capítulo 12: Psicoterapia de grupo: modelos, técnicas y aplica-
ciones
*Alejandro Ávila Espada, Antonio García de la Hoz y María Luz
Rubí Cid*

Capítulo 13: Terapia psicoanalítica de pareja y familia: Modelos
teóricos y técnicas de tratamiento. La problemática del género
en la psicoterapia
Marina Bueno Belloch y María Luz Rubí Cid

Capítulo 14: La investigación en psicoterapia psicoanalítica
*Alejandro Ávila Espada, Mercè Mitjavila y Gerardo Gutiérrez
Sánchez*

Capítulo 15: Legados psicodinámicos
Begoña Rojí, Luis Ángel Saúl y Antonio Contreras

Glosario

Referencias bibliográficas

PRESENTACIÓN

Introducción a los Tratamientos Psicodinámicos recoge los contenidos teóricos del primer cuatrimestre de *Terapias Psicodinámicas y Humanistas*, asignatura opcional de la especialidad clínica en la licenciatura en Psicología ofrecida por la UNED —plan de estudios del año 2000.

Elaborado de acuerdo con las pautas metodológicas habituales en los libros de texto de esta universidad, el objetivo de *Introducción a los Tratamientos Psicodinámicos* consiste en proporcionar a sus lectores una panorámica completa y actual de las tendencias más representativas del psicoanálisis de nuestros días.

Puesto que la intervención psicoterapéutica mediante recursos psicoanalíticos constituye hoy un ámbito plural, si una primera aproximación a tal diversidad puede apreciarse ya en el índice de la obra, a lo largo de sus capítulos, junto a la exposición conceptual, van emergiendo todos aquellos comentarios personales que los autores han considerado oportuno incluir.

Y ello, porque el mero hecho de que los tratamientos psicodinámicos sean materia de estudio en una universidad que, como la nuestra, tiene desde sus orígenes una clara vocación científica, responde a esta inquietud: la formación académica de calidad no se alcanza mediante posicionamientos apriorísticos de ningún tipo, sino, por el contrario, sobre la información directamente contrastada con las fuentes y el ejercicio sistemático del sentido crítico.

Así, alentados por esta inquietud y con la esperanza de que el resultado sea provechoso para nuestros lectores, los 16 autores de esta obra hemos dedicado a ella lo mejor de nuestras energías.

BEGOÑA ROJÍ

PRÓLOGO

Presentar esta «*Introducción a los tratamientos psicodinámicos*» a los alumnos de la Licenciatura en Psicología de la UNED supone también afrontar una dificultad de principio: hacer comprensible a quienes vienen siguiendo una formación académica en Psicología, de base experimental, un acercamiento que parte, no de la observación indoliente de los «hechos», sino de la experiencia subjetiva del observador que participa de los mismos. Vamos a hablar en esta obra de aproximaciones a los fenómenos de la subjetividad, desde la hermenéutica (interpretación) de la experiencia subjetiva, hasta una heurística (investigación), en última instancia esencialmente imposible, pero clínicamente útil, de las manifestaciones del sufrimiento humano expresado como disfunción o trastorno psicológico, así como de las propuestas para su alivio o ajuste.

Desde que en los albores del siglo XX Sigmund Freud propusiera un lenguaje y método para la comprensión de lo intrínsecamente humano, el psicoanálisis, más de cien años de pensamiento y trabajo clínico han sido aportados al escenario de la Psicología, donde se ha venido produciendo una contradicción insalvable entre la pretensión de cientificidad positiva y la ruptura que lo subjetivo abre frente a cualquier pretensión de objetivación radical de la experiencia. Mi posición personal, cuyo recorrido intentaré mostrar en lo que sigue, regresa una y otra vez al valor trascendente de la escucha de lo interno, donde la lógica de la gramática y sintaxis psicológica queda cuestionada por la borrosidad de la experiencia, derivada de vínculos y afectos que se organizan como construcciones de la subjetividad, que nos trae al tiempo un sentido de realidad interno y configura lo real externo. Sujeto y Realidad no pueden separarse, y en esa articulación determinante pone su mirada el clínico, la vive, y con ello, la modifica.

Creo que puede tener interés para el alumno que cursa esta materia seguir la reflexión en voz alta que un psicólogo clínico y psicoterapeuta

puede hacer de su recorrido personal de treinta años ante los tratamientos psicológicos. Culminé mis estudios de Licenciatura en 1973; en esa época la Psicología Clínica no tenía en España una identidad definida, y los tratamientos psicológicos eran una cuestión algo abstracta. La necesidad de deslindar la Psicología de la Filosofía era perentoria, y a la vez una cuestión apenas abordada, que solo podía resolverse con posicionamientos dogmáticos. Así, quienes habíamos estudiado la Psicología de Santo Tomás de Aquino, a la par que la Lógica positivista, encontramos natural «huir» del estudio de las potencias del alma, y abrazar la psicología conductista que nos permitía mantener el contacto con el mundo que nos rodeaba. Particularmente me llamaron la atención los radicales pero eficientes métodos que derivaban, tanto del conductismo clásico, como del operante, completados por las nuevas vías que traía el neoconductismo mediacional y los primeros esbozos cognitivos. Dos huellas perduraron en mi: el cuestionamiento social de la Escuela de Frankfurt, raíz de muchas de las herejías posteriores en las que uno puede reconocerse, y el mundo idílico de la profecía de Skinner en «Walden Dos».

Quiso mi atrevimiento que me confrontase con la clínica real ya desde 1974. Hoy que nos enfrentamos en agrias disputas sobre los cánones y modelos de formación especializada en Psicología Clínica y Psicoterapia, resultaría escandaloso la ingenuidad del apasionado acercamiento al ámbito del trastorno mental, grave o leve, de muchos de nosotros. Pero ahí estuvimos, y eso nos ha construido. Los primeros pacientes que atendí pasaron intactos por la experiencia, y sin embargo me dejaron muchos cuestionamientos. Las herramientas que desplegábamos (diagnósticas o terapéuticas) no bastaban, y el trabajo con el caso me llevó a conocer por mi mismo que cada caso era un mundo subjetivo diferente, que las teorías, estrategias y técnicas habían de ser adaptadas en función del caso, y que algo especial sucedía en ese ámbito intersubjetivo que podíamos denominar la relación terapéutica (una denominación tal vez muy exagerada para el desempeño de entonces). Entendí, no sin dificultad, que yo mismo estaba cuestionado como persona en el trabajo que hacía en el caso, que deslindar lo personal de lo profesional era cuando menos complejo, y que ante todo esto las únicas herramientas que podía usar era abordar mi propia psicoterapia personal y la supervisión continuada del trabajo clínico que hacía, consultando con alguien más experimentado que yo.

Pertenezco a una generación de Psicólogos Clínicos y Psicoterapeutas que pudieramos denominar autodidactas. No es que no tuvieramos Maestros o formadores, ni que eludieramos el estudio teórico y técnico. De todo ello hubo mucho y variado, pero nos faltaba una comprensión

ideológica del sentido y fines de la formación. Veníamos de la revuelta antipsiquiátrica, del cuestionamiento freudomarxista en mi caso menos marxista y más socialista utópico y las teorías psicológicas de la época nos resultaron insuficientes. En ese cruce de caminos entre la posibilidad de construcción de un pensamiento propio y de las exigencias de la clínica cotidiana en lo privado o en lo comunitario, los puntos de vista psicodinámicos me dieron la opción de integrar los diferentes vectores en conflicto. El psicoanálisis freudiano clásico me resultaba limitado en sus modelos explicativos, a la par que carente de respuestas ante lo social, y la opción conductual y sus variantes resultó totalmente insuficiente en la clínica para atender a las demandas de las personas que optaban a ser sujetos de sí mismos. En consecuencia, pasé a formar parte de una larga lista de clínicos que navegamos lo mejor que pudimos entre el humanismo que deriva de la fenomenología de la subjetividad, y un psicoanálisis en apertura a los cuestionamientos sociales y flexible en sus premisas teóricas. Todo ello me abocó a una posición heterodoxa, dónde la ausencia de garantes obligaba a aprender de la experiencia y a no quedarse cómodamente instalado en ninguna ortodoxia. Los psicoterapeutas y analistas que me sufrieron como paciente en diferentes épocas saben de mis dudas, más que de mis certidumbres. Uno de mis más amados —y odiados— analistas me ayudó a mantenerme en esta inestable posición abriendo la reflexión sobre si me dejaría o no atrapar, capturar, por la institución, por ejemplo, el psicoanálisis.

Tras treinta años de oír a mis pacientes —nunca mejor dicho lo de «pacientes»—, así como a una gran variedad de psicólogos clínicos y psicoterapeutas que me han dado la oportunidad de aprender de su experiencia con sus casos a través de la supervisión, quiero subrayar la importancia del tema de la escucha. Recientemente un destacado colega de orientación conductual me comentaba su experiencia cuando, al ser invitado por error a dar un curso en Francia para una audiencia casi exclusivamente psicoanalítica, empezó su intervención preguntando al auditorio qué que pensaban debía saber un Psicólogo Clínico. Tras los habituales silencios en estos casos, surgió como respuesta «Saber escuchar»; mi colega, habitualmente crítico con «estas cosas de psicoanalistas» —aunque también reconocedor del valor del pluralismo— se enfadó un poco, y les dijo, «Si, bueno... pero además de escuchar, tendrá que saber hacer algo» —dónde sin duda empezó a transmitirles su saber tecnológico—. Y como sin duda tiene razón, aceptemos la pregunta: ¿qué debe saber hacer el Psicólogo Clínico o Psicoterapeuta?

No vamos a recorrer todos los matices de esta pregunta, porque, ¡son tantas cosas! Pero, por eso mismo, voy a intentar atenerme a lo esencial,

que a la par justifica el valor de que el alumno estudie este libro en su recorrido de formación básica como clínico.

Comenzaré con el concepto de Psicoterapia, término del que si no usamos una definición muy restrictiva, podemos considerar equivalente a Tratamiento Psicológico. Una definición de consenso sobre qué es Psicoterapia propone que es «todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia» (FEAP, 1994).

Alcanzar plenamente unos fines tan exigentes es una tarea compleja, por lo que esa misma definición matiza a continuación que «El término Psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas» (FEAP, 1994). Esta consideración de la Psicoterapia como un ámbito multidisciplinar en su objeto, y multiprofesional en su práctica, es una de sus principales marcas de identidad, donde todo lo que suponga reducir lo «genuino» de la psicoterapia a un determinado enfoque teórico o técnico sacrifica finalmente al ser humano que ha de beneficiarse de ella. Así pues, como sucede con la modificación de conducta o la terapia cognitiva, los tratamientos psicodinámicos aportan también una visión restringida, parcial del ser humano, escogiendo una determinada perspectiva para brindar la relación de ayuda y las herramientas para el cambio personal. Y que la pretensión psicodinámica sea capturar la estructura del sujeto, no deja de señalar sus límites.

Cuando una persona nos demanda ayuda profesional para sus problemas o dificultades, esa persona es única, singular, y la percepción que tiene de sus necesidades y problemas requiere ser contextualizada en su propia verticalidad —historia propia como sujeto— a la par que en su horizontalidad —sus contextos relacionales actuales—, para poder ayudarle en lo que necesita. Ahí el profesional tiene que desplegar su capacidad de escucha más allá de la comunicación aparente, para no perderse aspectos importantes de la compleja realidad subjetiva que se le presenta. Es una realidad que el clínico aprecia como contexto intersubjetivo en el que está implicado, y desde el que se hace posible su intervención. Esta es la vertiente humana de la psicoterapia, la que pone el énfasis en el papel esencial de la relación terapéutica, frente a la posición tecnológica, que llevada a su extremo sería la terapia por ordenador. El

acercamiento psicodinámico intenta profundizar en la complejidad del mundo intrapsíquico, a través de una intervención en el plano de la intersubjetividad determinante.

No será la misma cosa que al hilo de escuchar al sujeto, el clínico se plantee la eliminación de una fobia específica incapacitante; el aprendizaje de técnicas de afrontamiento del estrés; la supresión de ideas irracionales; la reestructuración de patrones de ideas negativas o sistemas de creencias; la detección, afrontación y resolución de dificultades interpersonales; «pensar» los sentimientos e integrar los sentimientos en conflicto; ayudar al autoconocimiento y la autoaceptación; dar un significado personal a la existencia; integrar la identidad personal superando déficits o carencias emocionales e interpersonales; o descubrir y resolver conflictos que operen a nivel inconsciente. Todo lo anterior puede ser relevante en un caso determinado, pero es obvio que son fines situados a diferentes niveles, nada sería despreciable, y que ningún modelo psicoterapéutico podrá dar respuesta en todos esos planos. La responsabilidad del profesional radica en escoger la jerarquía de fines pertinente al caso, y proponer las estrategias más idóneas, en función de sus recursos.

Las reflexiones anteriores parecerían llevarnos de la mano a un «maduro eclecticismo», pero esta sería una conclusión precipitada. Así como el sujeto que demanda ayuda opera con una teoría (en parte fundada, en parte errónea) para manejarse consigo mismo en el mundo que vive, el clínico necesita integrar una concepción de la subjetividad que le permita intentar la comprensión de los mundos subjetivos con los que interviene profesionalmente. Finalmente esta concepción o modelo teórico del clínico devendrá en gran medida de su identificación con una línea de pensamiento clínico, de la que habrá de esperarse una integración madura entre el modelo y la experiencia —de sí mismo en sus vínculos, incluidos los profesionales—. Así pues un clínico en su formación recorre posiciones identificatorias, hasta elaborar a partir de ellas una identidad personal-profesional. La obra que el lector tiene entre las manos aporta los recorridos teóricos, técnicos y clínicos de la tradición psicodinámica en psicoterapia, a través de la pluralidad de enfoques que se reúnen en torno al concepto de psicoanálisis.

¿Cuáles son las marcas de identidad de los tratamientos psicodinámicos? Conectando con las raíces de la psicoterapia, consideramos que son la palabra y la relación los vehículos de expresión de lo psíquico; todo ello puede ser organizado en torno al lenguaje, si bien se trata también de acción, y sobre todo de escena intersubjetiva. La tensión que marca el desarrollo del ser humano en cuanto tal es el vector de subjetivación: *Subjetivarse*, descubrir-se en/con el mundo y diferenciarse sin desvincularse,

gracias a lo social, las relaciones, contexto de origen y de expresión de la subjetividad. Al papel de lo vincular en la psicoterapia dedicamos uno de los capítulos de esta obra.

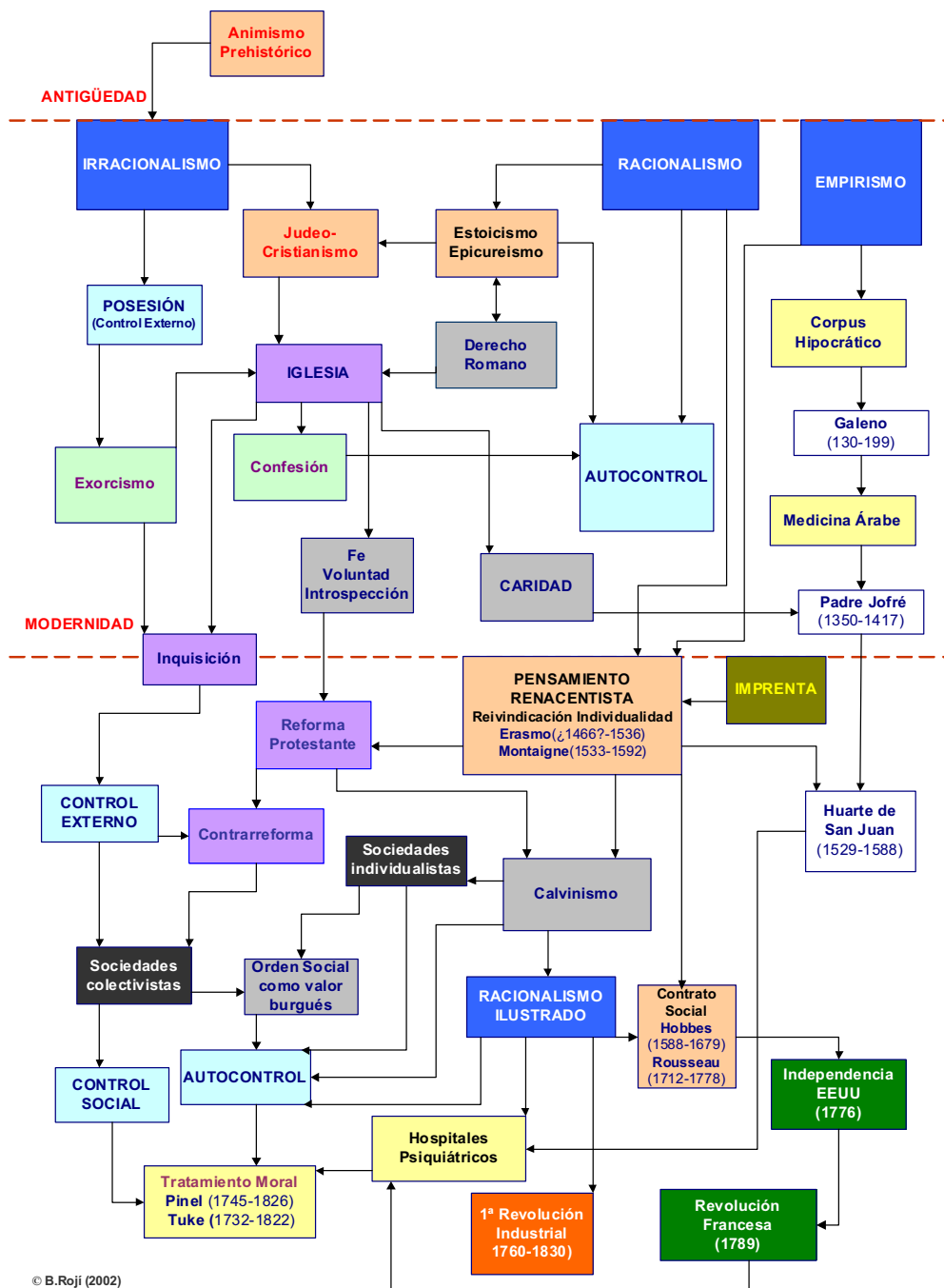
La psicoterapia tiene lugar en un escenario particular: la relación terapéutica, cuyas calidades pasan a ser esenciales en el punto de vista que exponemos. El terapeuta ha de saber entrar en una clase de relación especial que es a la vez laboratorio de observación para sus integrantes, campo de maniobras y ensayos, lugar de repetición y también de creación de experiencias necesarias. Los conceptos de transferencia y contra-transferencia se han incorporado al universo referencial de cualquier terapeuta. En esta relación especial, marcada por la ética, la ambición de construcción-reconstrucción de la subjetividad es la alternativa típicamente psicoanalítica a la concepción estándar del tratamiento psicológico. Una producción de subjetividad más allá de la identidad enajenada/alienada que la persona ha desarrollado en su adaptación singular a los ambientes intersubjetivos vividos. Una posibilidad de ser sujeto proactivo que modifica el mundo, y que también sabe adaptarse a él, preservando su singularidad. Una tensión y posibilidad con la que está también comprometido el propio terapeuta como persona.

Así pues, y contestando a mi colega de orientación conductual, ¿qué debe saber hacer un clínico? Si este libro cumple su función el lector encontrará en él algunas respuestas técnicas para esta pregunta, que no evitan que la respuesta esencial siga siendo similar a la que mi colega obtuvo de entrada. El clínico ha de *saber escuchar al otro*, cuestión realmente compleja porque nos confronta con una gran variedad de planos de escucha, una escucha que requiere integración. Pero también ha de estar dispuesto a *entrar en relación*, porque su capacidad de escuchar e intervenir estará filtrada por su disponibilidad para la experiencia intersubjetiva que le brinda cada encuentro clínico. No solo se relaciona para escuchar mejor, sino que queda implicado en la experiencia de la relación, atravesado, capturado en sintonía con la persona a la que pretende ayudar, pero manteniendo la capacidad de disociarse operativamente —verse y ver al otro— para no entrar en la fusión o colusión, que arruinaría la posibilidad de conocer.

Conocer y conocerse están unidos. Se ha dicho que nadie puede llevar a otro más allá de donde fue él mismo. La psicoterapia, en su concepción psicodinámica, es un recorrido compartido, aunque separado, ciertamente asimétrico, pero no menos exigente para ninguno de sus partícipes, el llamado terapeuta, y el llamado paciente.

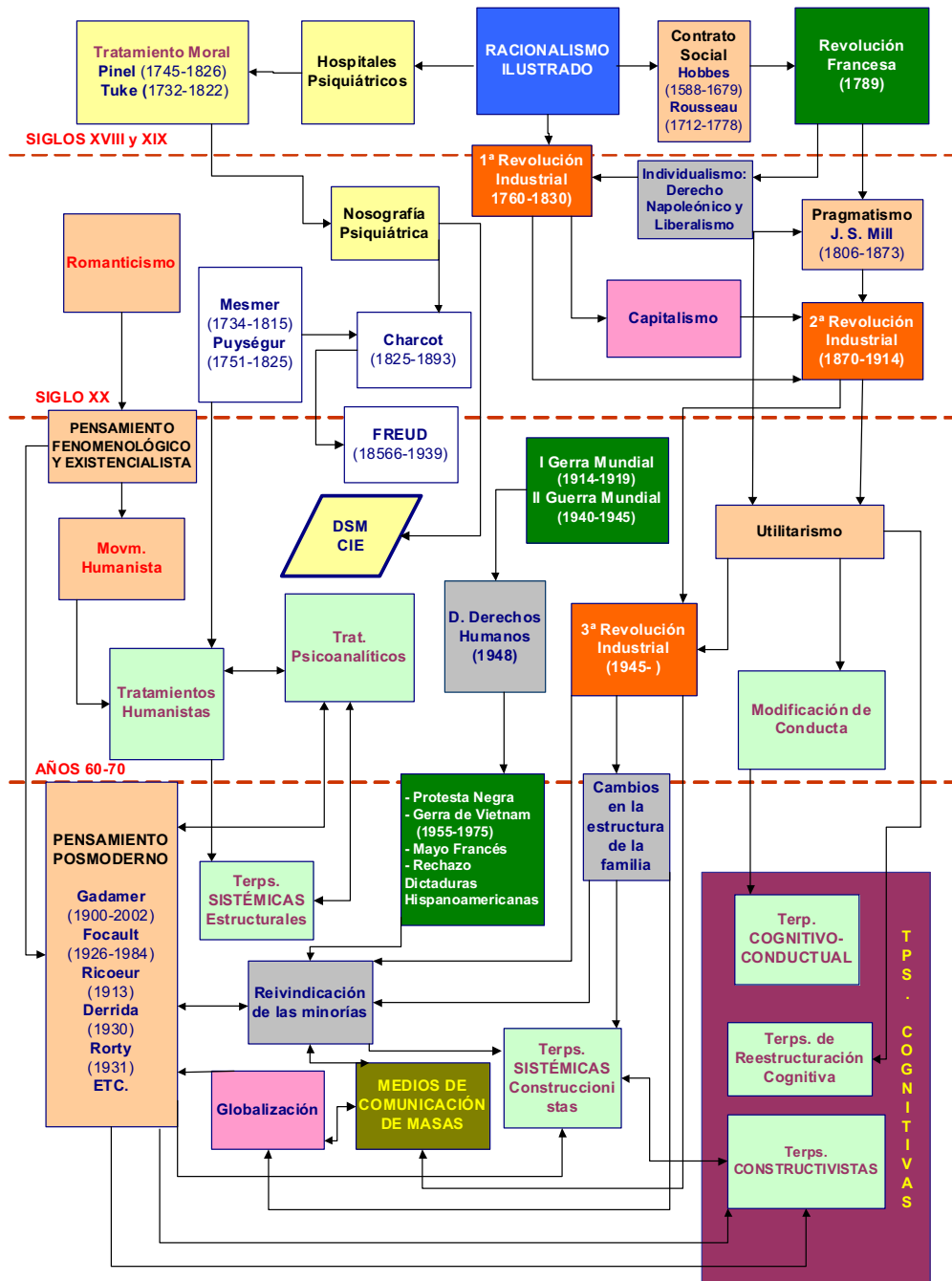
ALEJANDRO ÁVILA ESPADA

LÁMINAS



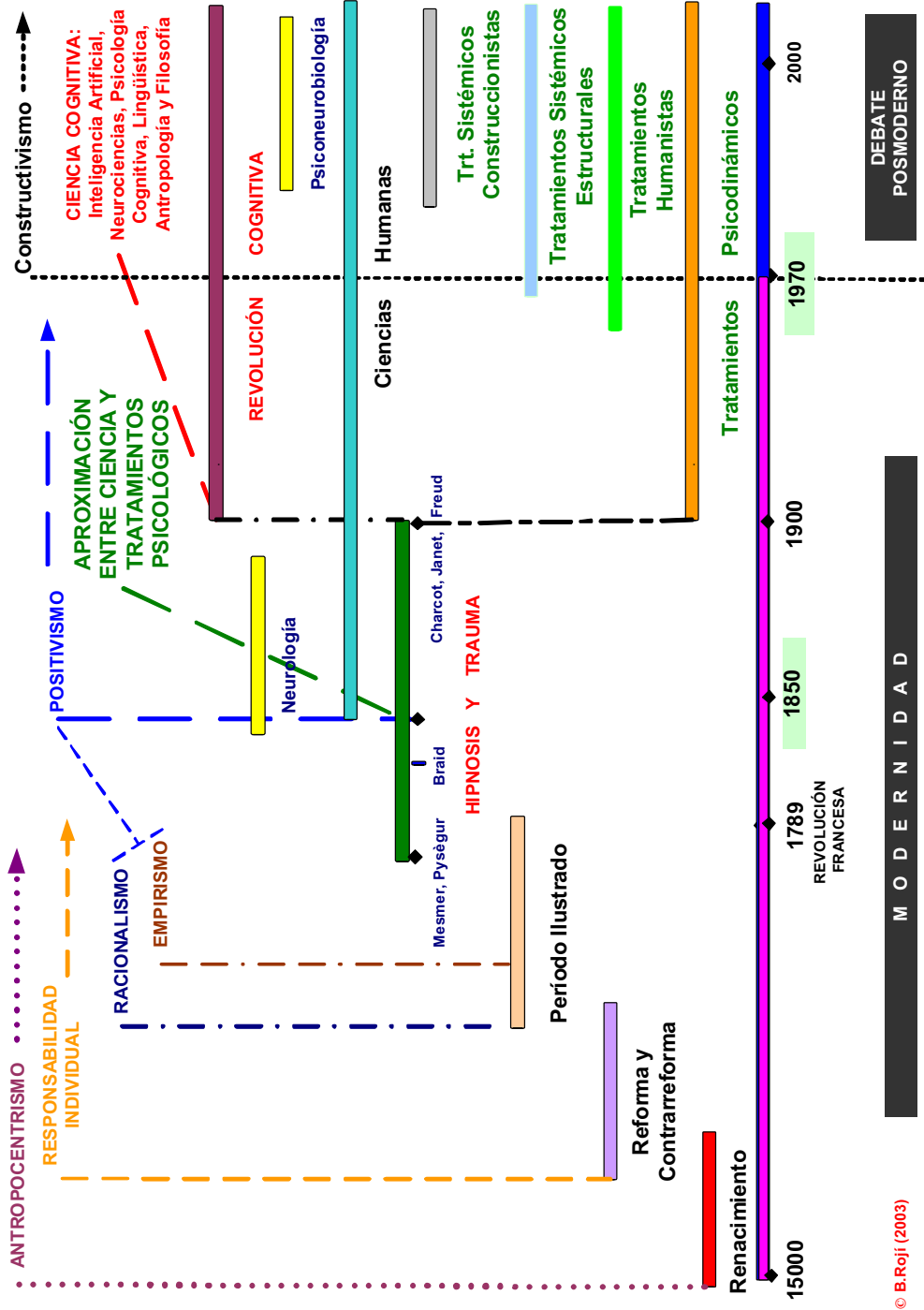
© B.Roji (2002)

LÁMINA A. Contextualización histórica de los tratamientos psicológicos en la cultura occidental (Desde la antigüedad hasta el siglo XIX).



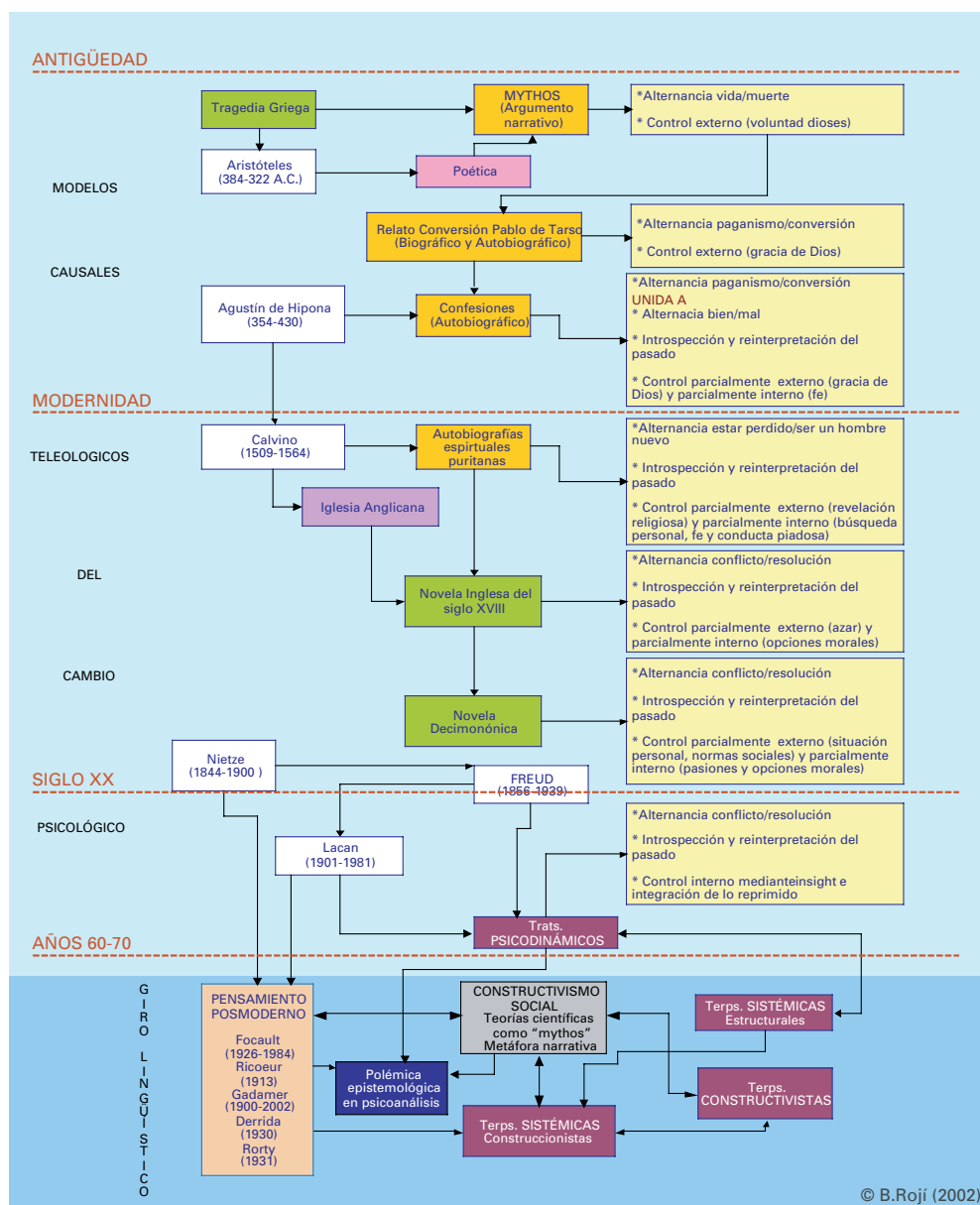
© B.Rojí (2002)

LÁMINA B. Contextualización histórica de los tratamientos psicológicos en la cultura occidental (Siglos XIX y XX).



© B.Rojí (2003)

LÁMINA C. Cronología de la inserción cultural de los actuales tratamientos psicodinámicos.



© B.Rojí (2002)

LÁMINA D. Evolución histórica y transmisión cultural de los modelos teleológicos del cambio psicológico y su relación con los tratamientos psicológicos psicodinámicos, sistémicos y constructivistas.

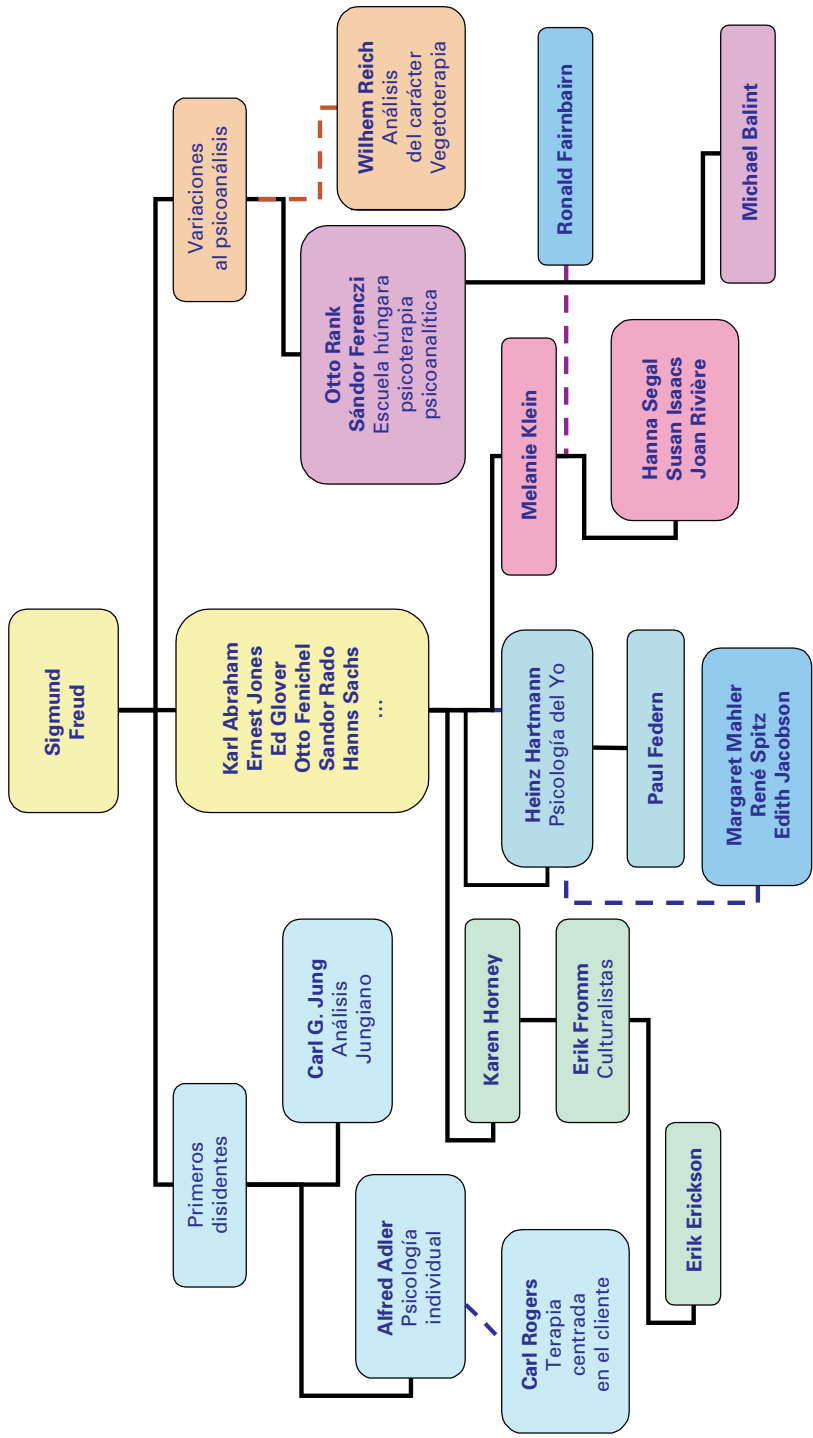


LÁMINA E. Evolución de las Escuelas Psicoanalíticas I.

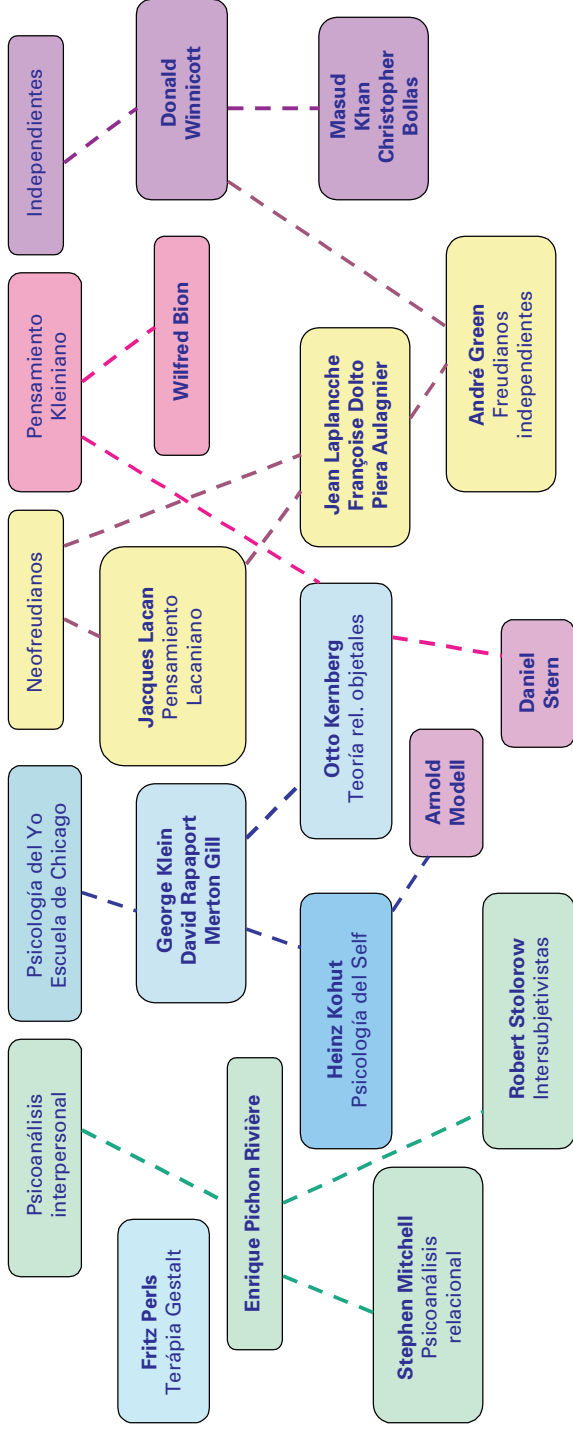


LÁMINA F. Evolución de las Escuelas Psicoanalíticas II.

Sigmund Freud:

- Teoría sobre el desarrollo psico-sexual. Fases de desarrollo de la libido: Oral, Anal, Fálica y Genital
- Teoría pulsional: Pulsiones sexual y agresiva
- Teorías sobre el aparato psíquico. Segunda tópica: Ello, Yo, Super-Yo
- Teoría sobre la clínica psicopatológica (Distinción entre estructuras de la neurosis, psicosis y perversiones)
- Técnica psicoanalítica (Asociación Libre, Neutralidad)

Psicología del Yo: (Con un periodo de preponderancia que se extiende desde la muerte de Freud hasta los sesenta, desarrollada esencialmente en EEUU): Parte de una crítica sobre la posición instintivista clásica freudiana, en consonancia con el culturalismo de K. Horney, H.S. Sullivan y Erich Fromm. Los representantes máximos de esta escuela son Anna Freud (quien es su predecesora), Hartmann, Kris y Loewenstein, entre otros.

- Importancia del contexto social, en detrimento del énfasis en la teoría de las pulsiones.
- Introducción del concepto de adaptación.
- Teoría y sistematización sobre los mecanismos de defensa.
- Adhesión a la técnica freudiana clásica

Pensamiento Kleiniano (Años 60 en adelante. Esencialmente británica con una fuerte extensión por Europa y América): La figura más destacada es Melanie Klein, aunque existen multitud de seguidores con ideas originales: Bion, etc.

- Epistemología empirista de tradición anglosajona
- Retrotrae la teoría freudiana del desarrollo psico-sexual a épocas más tempranas (Edipo, yo y superyó tempranos).
- Más énfasis en la «teoría de las posiciones» que en la teoría de la libido o la segunda tópica freudiana.
- Lleva al psicoanálisis a reconsiderar la clínica en la infancia.
- Nuevas aproximaciones técnicas. Primacía de la interpretación de las fantasías transferenciales.

El pensamiento de Lacan y su influencia (Años sesenta en adelante. Fundamentalmente Francia y países latinoamericanos): Jacques Lacan y seguidores.

- Marcada influencia del pensamiento estructuralista
- Primacía del lenguaje, la palabra vehículo de la subjetividad.
- «Vuelta a Freud» y construcción de una epistemología clínica freudiana.
- El «Estadio del espejo» es la concepción más sobresaliente.

Pluralidad del Psicoanálisis contemporáneo (De los años setenta en adelante. Innovadores en EEUU, y a partir de los llamados «independientes» británicos):

Psicología del Self: Heinz Kohut

Teoría de las Relaciones Objetales: Otto Kernberg

Independientes británicos: Donald Winnicott, Masud Khan, Christopher Bollas

Recuperación de autores clásicos que propusieron una flexibilización de la técnica: Ferenczi.

Psicoanálisis Relacional: Stephen Mitchell, Arnold Modell, Daniel Stern

Teoría Intersubjetiva: Robert D. Stolorow

Innovadores neofreudianos: Jean Laplanche, André Green

En gran medida todos ellos tienen en común:

- Hacen que las llamadas «nuevas patologías» sean accesibles al psicoanálisis.
- Atenuan de la importancia del complejo de Edipo para la clínica de los trastornos de personalidad.
- Introducen variaciones en la técnica clásica de tratamiento.
- Aprovechan e incorporan los avances de la investigación psicológica.

LÁMINA G. Características conceptuales de las principales escuelas psicoanalíticas.

La Psicodinámica Cíclica de Watchel

- Integración de los enfoques psicodinámico y conductual.
- Se critica del psicoanálisis: la naturaleza negativa adscrita a los impulsos básicos del paciente; la insuficiencia del insight en el proceso de cambio.
- Las experiencias tempranas no causan directamente la problemática actual, *tan sólo* hacen más probable la ocurrencia de ciertas experiencias frente a otras.
- Las relaciones interpersonales, y las consecuencias derivadas de las mismas, perpetúan la problemática del paciente, si bien existe posibilidad de cambio en base a la exposición a nuevas experiencias interpersonales.
- Las dimensiones intrapsíquica y relacional interactúan entre sí y se convierten en variables dependientes e independientes.
- La evaluación del proceso de terapia recoge elementos psicodinámicos, como la indagación de mecanismos de defensa y la interpretación del material verbal del paciente, pero también elementos conductistas al registrar los contextos de dicho material.
- La intervención persigue una comprensión psicodinámica en el paciente -papel del insight-; empleándose también métodos de intervención activa.

El Sistema de Formulación de M. Horowitz

- Enfoque que integra elementos de las corrientes psicodinámica, cognitivo-conductual, interpersonal y familiar.
- En su teoría es fundamental el estado mental: patrón de conductas y experiencias. Cuatro categorías de estados mentales: sobre regulados, con baja regulación, relucientes, bien regulados.
- Los esquemas dan cuenta de la autoorganización y organizan las percepciones, sentimientos y emociones.
- Destacan dos tipos de esquemas: autoesquemas y modelos relacionales.
- Los modelos relacionales contemplan cómo se vincula uno mismo y los otros mediante roles y secuencias transaccionales.
- A partir de modelos relacionales se construyen modelos operativos para afrontar situaciones de interacción social.
- Los modelos operativos se modifican conforme transcurre la situación interactiva.
- La intervención se basa en su sistema de formulación, que consta de cinco pasos: fenómenos, estados mentales, temas de preocupación y procesos de control defensivo, identidad, relaciones y creencias disfuncionales.

Terapia Analítico-Cognitiva de Ryle

- Psicoterapia breve.
- Integración de ideas psicoanalíticas (especialmente Teorías de las Relaciones Objetales) con la psicología y psicoterapias cognitivas y psicología del desarrollo.
- Frente al psicoanálisis: preocupación por la descripción más que por la interpretación; mayor participación del paciente; menor énfasis en el inconsciente.
- Modelo de Secuencia Procedimental. Se reafirman ideas psicoanalíticas mediante un lenguaje cognitivo. Estadios de una secuencia procedimental.
- Procedimientos problemáticos: Trampas, dilemas, inconvenientes. Labor del terapeuta unida al reconocimiento y modificación en el paciente de dichos procedimientos.
- Importancia de los procedimientos de rol recíproco -consideración del otro en la conducta interpersonal-, que se materializa en el Modelo de Relaciones Objetales de Secuencia Procedimental.
- Influencia y aplicación del aprendizaje mediado (Vygotsky) y la transferencial gradual de la responsabilidad del aprendizaje a la labor del psicoterapeuta.
- La intervención se divide en dos grandes bloques: el primero orientado a la reformulación; el segundo al reconocimiento y revisión.
- Reformulación: descripción o informe, y listado de problemas y procedimientos que los sustentan.
- Reconocimiento: identificación de los procedimientos problemáticos en el contexto natural del paciente.
- Revisión: elaboración de objetivos y procedimientos alternativos, planificación de la psicoterapia.

Terapia Interpersonal de Klerman y Weissman

- Psicoterapia breve que integra elementos psicodinámicos, conductuales y cognitivos.
- Antecedentes: Sullivan, Fromm-Reichmann, Fromm, Horney, Bowlby.
- Las relaciones interpersonales influyen en la salud mental del individuo.
- El pasado pasa a un segundo plano, lo importante son las relaciones interpersonales del paciente en el aquí y ahora.
- Tres fases de la intervención: 1) obtención de diagnóstico, delimitación de áreas problemáticas interpersonales; 2) tratamiento de dichas áreas; 3) revisión del progreso.
- Áreas de la Terapia Interpersonal:
 - 1) Dolor/pena (tratamiento de un proceso de duelo; reconstrucción de la relación con el difunto);
 - 2) Disputas de roles interpersonales (conflictos con otro significativo; tres posibles fases del conflicto: renegociación, punto muerto, disolución);
 - 3) Transiciones de rol (tratamiento de las repercusiones emocionales provocadas por cambios de rol positivos o negativos);
 - 4) Déficit interpersonales (tratamiento focalizado en el aumento de la competencia social del paciente).

LÁMINA H. El encuentro con otras teorías: características conceptuales.

Capítulo 1

Contextualización histórico-cultural de los tratamientos psicológicos: De la antigüedad a 1900

Begoña Rojí Menchaca

Guión-Esquema

Objetivos

1. Introducción
2. Los tratamientos psicológicos como práctica sociocultural
3. Criterios de contextualización
4. La Premodernidad
5. La Modernidad
6. Primera Modernidad (1500-1850)
 - 6.1. Renacimiento, Reforma y Contrarreforma
 - 6.2. La época de la razón
7. Los tratamientos psicológicos durante la primera modernidad
 - 7.1. El cambio de expectativas en la atención psiquiátrica
 - 7.2. Los destinos del mesmerismo

Bibliografía básica y lecturas recomendadas

Actividades

Ejercicios de autoevaluación

Palabras clave

Práctica sociocultural, tecnologías de la inteligencia, premodernidad, modernidad, calvinismo, racionalismo ilustrado, teorías metaéticas, positivismo, hipnosis.

GUIÓN-ESQUEMA

La práctica de la psicoterapia constituye un dispositivo cultural, basado en la influencia interpersonal, cuya función consiste en equilibrar las relaciones entre el individuo y el grupo. Por ello, la forma específica en que tal función se lleva a cabo en una sociedad concreta depende de las peculiaridades de dicha cultura. Así, a lo largo del siglo XX, los psicoterapeutas occidentales han ido ocupando buena parte del espacio cultural y de las funciones que en otras épocas correspondieron a sacerdotes, filósofos y artistas, al tiempo que muchos profesionales de los tratamientos psicológicos luchaban abiertamente por ser reconocidos como científicos.

Actualmente, los tratamientos psicológicos se conciben como un tipo de práctica sociocultural, orientada a mejorar lo que actualmente consideramos salud mental y calidad de vida. Puesto que nuestra cultura admite hoy diversas definiciones, no sólo del papel del individuo en el grupo, sino también de la salud, la higiene mental, la calidad de vida, así como del tipo de saberes y procedimientos útiles para su promoción social, tal diversidad en los valores culturales tiene su correspondencia en las configuraciones concretas que adoptan entre nosotros los tratamientos psicológicos.

Los tratamientos psicológicos constituyen un tipo de actividad profesional que, inserta en el ámbito de la salud, es retribuida por la inversión privada o, cada vez con mayor frecuencia, por fondos pertenecientes al erario público o a las compañías aseguradoras. Por eso, el control de la eficacia de los tratamientos psicológicos se ha convertido en un criterio prioritario para su evaluación.

Sin embargo, junto con la eficacia, resulta indispensable establecer otro tipo de criterios que nos permitan conocer y mejorar aquellos recursos mediante los que los tratamientos psicológicos cumplen la función social que les hemos asignado, y su relación con las vías por las que los pacientes ven satisfechas sus demandas.

Si desde una perspectiva antropológico-cultural todo tratamiento psicológico implica un cierto tipo de relación interpersonal o relación terapéutica, un escenario en el que acontece, una explicación o mito y un procedimiento o ritual, es un hecho que desde la aparición de la psicología científica, tanto las características de la relación terapéutica como del escenario, han tendido a homogeneizarse. En cambio, existe una gran proliferación de explicaciones y procedimientos.

Esto implica que cada tipo de tratamiento psicológico se inserta de una manera específica en la red de creencias, actitudes y valores propios de la cultura en que tiene lugar. Así, un criterio de objetivación y evaluación crítica de las psicoterapias consiste en analizar el conjunto de presuposiciones culturales que mantiene vigentes sus teorías y procedimientos.

En relación con los tratamientos psicológicos, existen tres tipos de presuposiciones culturales relevantes: por un lado, los relacionados con los valores (axiológicas) y con las opiniones (doxásticas) y, por otro, el relacionado con la concepción del conocimiento (epistemológicas). Los dos primeros, tienen como referente el estatus individual que la cultura reconoce al paciente y la responsabilidad que aquella atribuye a éste respecto al trastorno y la curación, mientras que el último se refiere a la naturaleza del conocimiento humano. Estos tipos de presuposiciones se han cruzado de maneras específicas en cada período histórico concreto y, si bien es cierto que han sufrido una clara evolución, también lo es que han tendido a preservar el núcleo fundamental de creencias, actitudes y valores que las caracteriza.

Entre las presuposiciones culturales que articularon la visión del mundo premoderna, visión que estuvo vigente desde la prehistoria hasta 1500, destacan:

- El hombre es un elemento más de la naturaleza
- El control de la conducta humana está en gran medida fuera del alcance del hombre; esto es, en manos de la voluntad de los dioses –el destino– o de Dios –la gracia.
- La enfermedad mental constituye un ejemplo paradigmático de comportamiento sujeto a un control externo. Dicho control es de naturaleza transcendente.
- El hombre y la naturaleza, así como los dioses y Dios, forman parte de la realidad, la cuál existe objetivamente; esto es, existe con independencia del conocimiento humano.
- La realidad sólo es parcialmente cognoscible por la inteligencia humana.

Tras el desmoronamiento del Imperio Romano, el endurecimiento de las condiciones de vida y la inseguridad consecuente a las continuas guerras tuvieron un efecto involutivo sobre la cultura. Además, ésta pasó a estar controlada en todas sus manifestaciones por la Iglesia. El poder cultural alcanzado por la Iglesia durante la Edad Media, posibilitó que la concepción mágica del mundo –que en la cultura griega y romana convivía con concepciones más racionalistas– cediera ante una concepción teocéntrica. Además, la Iglesia medieval, al tomar como referente absoluto la religión cristiana y los valores defendidos por ella –fe, obediencia, caridad, resignación y pobreza–, desarrolló una gran actividad ideológica contraria al conocimiento empírico, que fue considerado enemigo de la fe y la obediencia a la doctrina de Cristo.

Además, por una parte, la Iglesia medieval desarrolló una actitud represora y poco diferenciada del control de la conducta social, mientras que, por otra, propició una cierta creencia en la curabilidad de los trastornos psicológicos dependiente de los atributos del alma, esto es, de las funciones psicológicas de la persona. Ambos aspectos fueron heredados por la Ilustración.

Entre finales del siglo XV y principios del siglo XVI se produjeron en Europa una serie de transformaciones económicas, culturales y políticas que, con la perspectiva que da el paso del tiempo, han convertido ese período en un punto de corte entre dos épocas. Factores como la apertura de nuevas rutas comerciales —con oriente y con el continente americano—, la aparición de la imprenta o ciertas innovaciones tecnológicas que afectaban a la producción de bienes dieron lugar a la emergencia de un pensamiento filosófico de carácter antropocéntrico —en oposición al teocentrismo medieval—, impulsaron el poder de la burguesía y facilitaron la aparición de los estados modernos. A su vez, todo ello, acabó determinando cuestiones tales como la constitución de la ciencia en empresa cultural o la diferenciación creciente de la noción de individuo.

Este nuevo período del desarrollo cultural de occidente recibe el nombre de Modernidad y entre sus rasgos más acusados se encuentran:

- La secularización de la visión del mundo.
- La transformación de las sociedades agrícolas en sociedades industrializadas con la consiguiente transformación de las estructuras sociales.
- La debilitación de los vínculos entre el individuo y el grupo, como consecuencia de las transformaciones estructurales mencionadas —en particular la de la familia.
- La modificación del estatus del individuo en relación con el grupo, consecuencia de los tipos de cambio ya mencionados.
- La acumulación de información sancionada socialmente como conocimiento fiable.

La modernidad puede dividirse en dos fases. Una, a la que denominaremos Primera Modernidad, que abarca desde 1500 hasta 1850 y otra, a la que llamaremos Segunda Modernidad, que, si bien se extiende desde 1850 a 1970, aquí sólo será revisada hasta 1900.

Durante la Primera Modernidad, el reconocimiento de la dignidad del enfermo mental será mucho más teórico que práctico. Los tratamientos psicológicos girarán en torno al internamiento y la intervención se reducirá al ejercicio de presión moral en distintos grados, pues la confianza en la curabilidad de los trastornos mentales no se afianzará hasta la última década de este período. Y aunque a finales del siglo XVIII Puységur descubrirá la hipnosis, su empleo sistemático como procedimiento terapéutico específico no se impondrá hasta casi cien años después.

Con todo, las aportaciones en el campo de las ideas de este primer período moderno, sobre todo las debidas a la Reforma y la Contrarreforma y a las teorías metaéticas nacidas al amparo de la Ilustración, resultan claves para comprender: 1) la amplitud de la variabilidad axiológica y teórica de los actuales tratamientos psicológicos y 2) las diferencias entre la psicología y la inter-

vención psicológica angloamericanas, y la psicología y la intervención psicológica en España e Hispanoamérica.

Ya en el siglo XIX, cabe destacar dos períodos. El primero, hasta 1850, supone el final de la Primera Modernidad y se caracterizó, por: *a)* la pujanza de la neurología y la incipiente psiquiatría, *b)* la aparición, tanto en el ámbito médico como en el social, de un intenso optimismo respecto a la curabilidad de las enfermedades mentales *c)* la ausencia de cambios significativos en la manera de tratar a los pacientes. En cambio, la segunda mitad de esta centuria, se caracterizó por la emergencia, propiciada por el positivismo, de la Segunda Modernidad y constituyó el caldo de cultivo en que habrían de cristalizar la visión del hombre, de la enfermedad mental y de la cura de Sigmund Freud.

OBJETIVOS

Al finalizar el estudio de este capítulo, el lector/a debería ser capaz de:

1. Comprender la manera en que los tratamientos psicológicos constituyen una parte del entramado cultural en que tienen lugar.
2. Identificar las presuposiciones axiológicas, doxásticas y epistemológicas de cualquier tipo de tratamiento psicológico.
3. Conocer las características diferenciales de los tratamientos psicológicos en la premodernidad.
4. Conocer las características diferenciales de los tratamientos psicológicos en la primera modernidad.
5. Conocer y comprender las relaciones existentes entre ciertas prácticas religiosas como la confesión y los actuales tratamientos psicológicos.
6. Conocer y comprender la importancia que sobre la concepción actual de los tratamientos psicológicos tuvieron ciertos cambios culturales acaecidos durante el siglo XIX relacionados con: 1) la evolución de las actitudes hacia la enfermedad mental y 2) las expectativas respecto a los tratamientos psicológicos.

1. INTRODUCCIÓN

La práctica de la psicoterapia constituye un dispositivo cultural cuya función consiste en equilibrar las relaciones entre el individuo y el grupo. Por ello, la forma específica en que tal función se lleva a cabo en una sociedad concreta depende de las peculiaridades de dicha cultura.

Así, en la cultura occidental de principios del siglo XXI los tratamientos psicológicos se conciben como un tipo de práctica sociocultural, orientada a mejorar lo que actualmente consideramos salud mental y calidad de vida.

Aunque incluso las sociedades prehistóricas cuentan con recursos que funcionan como tratamientos psicológicos, nuestras actuales modalidades de intervención psicoterapéutica son el resultado de un proceso de decantación de las nociones de salud mental y calidad de vida tan largo como la propia trayectoria de la cultura occidental. Porque si durante la antigüedad y el medioevo los tratamientos psicológicos estuvieron relacionados mayoritariamente con las concepciones religiosas, las actuales psicoterapias se forjaron a partir de ese punto de inflexión histórica conocido como modernidad

A pesar de que desde el último tercio del siglo XX se vienen alzando voces cada vez más numerosas que afirman el fin de la modernidad, no cabe la menor duda de que, en lo referente a los tratamientos psicológicos, esta etapa cultural ha supuesto:

- La decadencia progresiva de las prácticas religiosas como dispositivos de equilibración de las relaciones entre el individuo y el grupo.
- El desplazamiento de las expectativas de equilibración que la religión ya no satisfacía, hacia la filosofía, por un lado, y hacia el arte, por otro.

- El fracaso, tanto del arte como de la filosofía, para erigirse en dispositivos dominantes de equilibración.
- El surgimiento de los actuales tratamientos psicológicos como prácticas culturales vinculadas simultáneamente a la pluralidad ideológica, al conocimiento positivo y al control empírico de su eficacia.

Por ello, durante el siglo XX, los psicoterapeutas han ido ocupando buena parte del espacio cultural y de las funciones que en otras épocas correspondieron a sacerdotes, filósofos y artistas, al tiempo que muchos profesionales de los tratamientos psicológicos lucharon abiertamente por ser reconocidos como científicos.

En cualquier caso, a lo largo de todo el siglo XX, y de manera especial a lo largo de su segunda mitad, la profesión de psicoterapeuta fue recibiendo un reconocimiento social creciente. Porque durante esos años, la sociedad occidental fue depositando en sus psicoterapeutas un conjunto creciente de demandas; demandas que, a su vez, fueron asumidas por estos como retos a afrontar (Cullari, 2001)

A consecuencia del mutuo ajuste entre demandas sociales y actividad terapéutica, el poder social de quienes ejercen la psicoterapia se ha incrementado durante el último siglo en la misma medida en que su actividad profesional se ha ido haciendo indispensable para la sociedad en la que viven. Pero si, por una parte, el poder del psicoterapeuta se manifiesta en la influencia interpersonal que su actividad genera y en su capacidad para pronunciarse como colectivo profesional, por otra, dicho poder está siempre ligado al —y en ese sentido limitado por— el conjunto de presuposiciones que hacen posibles, tanto las actividades clínicas, como las declaraciones colegiales.

Este conjunto de presuposiciones que sostienen la actividad psicoterapéutica constituye la vía de entronque de los tratamientos psicológicos con las demandas sociales. Y, no por causalidad, las presuposiciones concretas que asumen los terapeutas varían significativamente en función del modelo de intervención que les sirve de guía. En otras palabras, nuestra cultura admite hoy diversas definiciones, no sólo del papel del individuo en el grupo y de las nociones de salud, higiene mental y calidad de vida, sino también de la clase de saberes que resultan útiles para promoverlas, así como de los procedimientos adecuados para su contrastación. Esta diversidad en los valores culturales tienen su correspondencia en las configuraciones concretas que adoptan hoy los tratamientos psicológicos en cuanto dispositivos de equilibración cultural.

Concretamente, considerando como un todo la actividad clínica de los psicoterapeutas, el momento actual se caracteriza por:

- a) La existencia de varias concepciones de la intervención terapéutica, que mantienen entre sí diferencias notables en tres niveles de análisis distintos: el epistemológico, el teórico y el técnico.
- b) Una cierta tendencia a la integración de algunos de estos presupuestos. Dicha tendencia puede observarse de manera diferencial en todos los niveles de análisis arriba mencionados, pero a nuestro entender, más que una voluntad de síntesis, refleja, sobre todo, esa corriente cultural propia de nuestra época, que suele recibir el nombre de mestizaje.
- c) La existencia de un acuerdo creciente entre los profesionales respecto a la relevancia de ciertos aspectos del proceso de cambio terapéutico, sobre todo en lo relativo a las condiciones de la alianza y la relación terapéuticas.

En definitiva, mediante su ejercicio profesional todo terapeuta está reforzando la vigencia en su entorno social de su personal visión del mundo, pues su abordaje de las problemáticas de los pacientes y sus propuestas de cambio están filtradas o inspiradas por el modelo de intervención que le sirve de guía. Es decir, la psicoterapia consiste siempre en un proceso de influencia interpersonal. Sin embargo, esta condición inevitable de la psicoterapia ni está reñida —ni tiene por qué estarlo—, con el respeto del terapeuta hacia el paciente y/o hacia las concepciones de este último sobre sí mismo, los demás y el mundo.

Junto con el desarrollo de la competencia profesional en el sentido más técnico de la expresión, una manera de fomentar que lo que la psicoterapia tiene de influencia interpersonal no llegue a convertirse en ejercicio arbitrario del poder, pasa por el conocimiento y el reconocimiento, por parte de los terapeutas, del conjunto de presuposiciones que subyacen a los distintos tipos de tratamientos psicológicos.

Con objeto de propiciar la aproximación a este conocimiento, dedicaremos las páginas que siguen a una somera contextualización histórico-cultural de los tratamientos psicológicos previos a 1900 o, lo que es lo mismo, anteriores a la etapa fundacional del psicoanálisis.

2. LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS COMO PRÁCTICA SOCIOCULTURAL

Analizada con criterios antropológicos, toda práctica sociocultural consiste en un tipo de actividad social a menudo compleja y, por tanto, compuesta a su vez por un conjunto de procedimientos que por el mero hecho de ser ejecutados refuerzan, tanto la vinculación del individuo con el grupo, como la adhesión de ambos a la visión del mundo propia de esa cultura. Junto con los tratamientos psicológicos, constituyen asimismo ejemplos de prácticas socioculturales, la educación, la organización de la vida política y la articulación de los diferentes rituales de paso (nacimiento, matrimonio, muerte...) Las culturas surgen, están vigentes y se extinguen en periodos temporales concretos, durante los cuales cualquier práctica desarrollada en su seno responde a una determinada visión del mundo. A su vez, la visión del mundo de cada cultura se genera en un entramado de tradiciones surgidas a lo largo del tiempo, bien desde las propias prácticas culturales, bien desde las prácticas de otras culturas que actúan como precursoras o como puntos de referencia. Cada visión del mundo constituye una configuración simbólica compleja que, dependiendo parcialmente del desarrollo tecnológico alcanzado por una cultura concreta en un momento histórico dado, organiza de forma coherente aquellas actitudes, valores, creencias y prácticas que posibilitan a los miembros de esa cultura *a)* la supervivencia en un entorno físico y *b)* el establecimiento de vínculos sociales.

Generalmente, cuando hablamos de desarrollo tecnológico pensamos en un tipo de conocimiento práctico capaz de generar utensilios y modificar la relación con el ambiente (el cuchillo de sílex, el arado romano, la máquina de vapor, las naves espaciales...); sin embargo, también conviene tener en cuenta las llamadas **tecnologías de la inteligencia** (Levy, 1990). Se entiende por tales aquellas tecnologías que, inscritas en el proceso mismo del pensamiento, tienen por función y efecto posibilitar ciertas operaciones de la inteligencia imposibles de realizar de otra manera (son ejemplo de tecnologías de la inteligencia la representación gráfica, la escritura, la imprenta y el ordenador). Cuando en una cultura surge una gran innovación en las tecnologías de la inteligencia, su impacto se traduce de manera inevitable en importantes modificaciones sociales.

Así, mientras que la aparición de la imprenta introdujo en la cultura occidental modificaciones que afectaron profundamente al estatus de los enfermos mentales, actualmente, coincidiendo con la aparición de los ordenadores, parecen estar perfilándose profundos cambios culturales cuya incidencia sobre el desarrollo de la psicoterapia ya ha comenzado a

notarse. Porque la experiencia del trastorno psicológico y la curación no remiten sólo a la noción de enfermedad y tratamiento, sino también a la noción de conducta social en general y, más concretamente, a la noción de persona desarrollada por una cultura dada. En este sentido, los tratamientos psicológicos constituyen tanto productos como procesos culturales, que tienen entre sus funciones reforzar dogmas culturales particulares, constituyéndose en agentes de socialización.

3. CRITERIOS DE CONTEXTUALIZACIÓN

Hoy por hoy, en nuestra cultura los tratamientos psicológicos constituyen un tipo de actividad profesional que, inserta en el ámbito de la salud, es retribuida por la inversión privada o, cada vez con mayor frecuencia, por fondos pertenecientes al erario público o a las compañías aseguradoras. Es por eso que el control de la eficacia de los tratamientos psicológicos se ha convertido en un criterio prioritario para su evaluación.

Sin embargo, las investigaciones sobre eficacia si bien han permitido clarificar ciertos aspectos relacionados con los resultados globales de las psicoterapias y con las variables significativas de los procesos de intervención (Sloane et al., 1975), en cambio, no han logrado delimitar de forma inequívoca, qué clase de tratamiento es más eficaz para cada tipo de trastorno.

Por ello, junto con la eficacia, resulta indispensable establecer otro tipo de criterios que nos permitan conocer y mejorar aquellos recursos mediante los que los tratamientos psicológicos cumplen la función social que les hemos asignado, así como su relación con las vías por las que los pacientes ven satisfechas sus demandas.

Si desde una perspectiva antropológico-cultural todo tratamiento psicológico implica un cierto tipo de relación interpersonal o relación terapéutica, un escenario en el que acontece, una explicación o mito y un procedimiento o ritual (*véase Capítulo 15*), es un hecho que, desde la aparición de la psicología científica, tanto las características de la relación terapéutica como del escenario han tendido a homogeneizarse. En el primer caso, porque los resultados de las investigaciones sobre el impacto de la alianza terapéutica en la eficacia de los tratamientos psicológicos han clarificado las características que aquélla debe tener (Howarth y Symonds 1991). En el segundo, porque la tipificación de la psicoterapia como actividad profesional relacionada con la atención sanitaria, circunscribe su práctica actual a los consultorios habilitados en las sedes físicas de ciertas instituciones y a los consultorios privados de profesionales debidamente acreditados.

Por el contrario, a lo largo de los últimos cien años, las explicaciones y los procedimientos psicoterapéuticos han protagonizado una fulgurante expansión, como prueba el hecho de que en la década de los ochenta el número de las psicoterapias fuera estimado en más de 250. Y dado que para poder ser puestos en práctica, los rituales psicoterapéuticos y las explicaciones que los sustentan tienen que ser congruentes con la visión del mundo del paciente y del terapeuta, cada tipo de tratamiento psicológico se inserta de una manera específica en la red de creencias, actitudes y valores propios de la cultura en que tiene lugar. Por eso, un criterio de objetivación y evaluación crítica de las psicoterapias consiste en analizar el conjunto de presuposiciones culturales que mantiene vigentes sus teorías y procedimientos.

Para la caracterización de los tratamientos psicológicos existen *tres tipos de presuposiciones culturales* relevantes:

- las **presuposiciones de carácter axiológico** —relacionadas con los valores— y **doxástico** —relacionadas con las opiniones—. Este tipo de presuposiciones tienen como núcleo el estatus individual que la cultura reconoce al paciente y la responsabilidad que aquella atribuye a éste respecto al trastorno y la curación
- las **presuposiciones de carácter epistemológico**, relacionadas con las concepciones de la naturaleza del conocimiento humano.

Estas tres clases de presuposiciones se han cruzado de maneras específicas en cada período histórico concreto, y si bien es cierto que han sufrido una clara evolución, también lo es que han tendido a preservar el núcleo fundamental de creencias, actitudes y valores que las caracteriza. Porque, en occidente, las diversas visiones del mundo se han ido sucediendo mediante lentos procesos de evolución; y por ello, la consolidación de una cierta orientación ideológica casi siempre ha implicado, más la hegemonía de esta, que la desaparición de las orientaciones alternativas.

En consecuencia, vamos a revisar la evolución histórica de las presuposiciones culturales que sustentaron los tratamientos psicodinámicos hasta 1900 categorizando dicha evolución en dos etapas: premodernidad y modernidad, distinguiendo a su vez en esta última otros dos períodos (primera modernidad y segunda modernidad)

4. LA PREMODERNIDAD

Entendemos por etapa premoderna la que se extiende desde la Prehistoria hasta 1500 d. C.

Con carácter general, de entre las presuposiciones culturales que articularon la visión del mundo premoderna cabe destacar los siguientes aspectos:

- a) El hombre es un elemento más de la naturaleza.
- b) El control de la conducta humana está en gran medida fuera del alcance del hombre; esto es, en manos de la voluntad de los dioses —el destino— o de Dios —la gracia.
- c) La enfermedad mental constituye un ejemplo paradigmático de comportamiento sujeto a un control externo. Dicho control es de naturaleza transcendente.
- d) El hombre y la naturaleza, así como los dioses y Dios, forman parte de la realidad, la cual existe objetivamente; esto es, existe con independencia del conocimiento humano.
- e) La realidad sólo es parcialmente cognoscible por la inteligencia humana.

En cambio, en lo que respecta a la evolución de los tratamientos psicológicos, los aspectos significativos son:

1. Cuando una cultura carece de escritura, su visión del mundo suele articularse en torno a creencias mágicas, con lo que sus prácticas médicas, psicoterapéuticas y religiosas suelen constituir prácticas indiferenciadas. Se desconoce la datación y la vía por la que el tratamiento de las perturbaciones psicológicas fue diferenciándose en occidente del tratamiento de las enfermedades físicas. Sabemos, en cambio (Poveda, 1997), que en nuestra Edad de Bronce los chamanes, junto con la prescripción de amuletos, empleaban técnicas como el control respiratorio o la repetición para liberar a los enfermos psíquicos de sus dolencias. Sabemos también que en esa época, tanto las dolencias físicas como las mentales, se atribuían a la influencia de fuerzas no observables cuyo poder sobrenatural era invocado con objeto de obtener la curación (**orientación irracionalista**).
2. Posteriormente, entre las culturas antiguas que ya conocían la escritura, como la persa, la griega y la romana, comenzaron a establecerse formas de intervención psicoterapéutica que respondían a criterios netamente racionales. Con todo, la ausencia de diferenciación entre prácticas mágico-religiosas y prácticas médicas se extenderá por toda la antigüedad como una combinación de prescripciones rituales, con normas higiénicas y recomendaciones naturalistas (**orientación empírica**).

3. Aunque nacida en la sociedad etrusca y próxima a las connotaciones del concepto de rol popularizadas por el teatro griego, es en el derecho romano donde se acuña el concepto de persona legal o ciudadano del Estado como lugar de derechos y deberes (**orientación individualista**) Dentro del propio imperio romano el concepto de persona jurídica servirá como punto de partida para la elaboración de los conceptos morales de persona propuestos por la filosofía estoica y el cristianismo (**orientación ética**).
4. Tras el desmoronamiento del Imperio Romano, el endurecimiento de las condiciones de vida y la inseguridad propiciadas por las continuas guerras tuvieron un efecto involutivo sobre la cultura, la cuál pasó a estar controlada en todas sus manifestaciones por la Iglesia. El poder cultural alcanzado por la Iglesia durante la Edad Media posibilitó que la concepción mágica del mundo —que en la cultura griega y romana convivía con concepciones más racionalistas— cediera su primacía a una concepción teocéntrica. Y así, la Iglesia, al tomar como referente absoluto la religión cristiana y los valores defendidos por ella —fe, obediencia, caridad, resignación y pobreza—, desarrolló una gran actividad ideológica contraria al conocimiento empírico. Este fue considerado enemigo de la fe y la obediencia a la doctrina de Cristo.
5. La hostilidad eclesiástica hacia conocimientos que no procedieran de la revelación afectó directamente a las prácticas médicas, pues la iglesia, que ejercía su control sobre los fieles invocando el principio de obediencia, antepuso la fe a cualquier otro remedio curativo. Sin embargo, esta misma hostilidad de la Iglesia hacia el conocimiento empírico tuvo como consecuencia el desarrollo de amplios debates sobre la naturaleza del alma y la vinculación de esta con las funciones psicológicas (**orientación epistémica**), así como sobre la vida del espíritu (**orientación introspectiva**) Además, y directamente vinculada con tales controversias filosóficas, tendrá lugar la salvaguarda de la noción de persona como valor cultural.
6. Durante el medioevo, la pobreza, consecuencia de sequías y de guerras, fue dando lugar a la aparición de bolsas de marginación social en torno a los burgos. Al tiempo, el desarrollo y creciente pujanza de estos desencadenaron una situación de conflicto social casi continuo frente a las restricciones que trataban de imponer sobre su actividad los grandes señores. En este contexto, la Iglesia se ocupó con frecuencia de restablecer el precario orden social, mediante el reforzamiento del tradicional orden moral y compor-

tamental que venía rigiendo la vida de los individuos, tarea de la que se ocuparon ampliamente los inquisidores. De esta forma, surgió una **orientación represora** caracterizada por el hecho de que, junto a ciertos enfermos mentales, se consideraba poseídos por el diablo y propagadores de sus males a todos aquellos que, de una u otra forma, alimentaban ideas subversivas contra el estado o contra los valores morales consagrados como verdades inamovibles. Así, fueron primero perseguidos y luego, además, considerados enfermos, todos aquellos individuos cuyas conductas caían fuera de las normas y pautas seguidas por el grueso de los miembros de su comunidad.

7. Este estado de cosas se mantendrá básicamente inalterable hasta el siglo XVIII, cuando el desarrollo científico, propiciado en buena medida por dos siglos de rápida difusión del conocimiento gracias a la imprenta, convierta la razón en uno de los valores dominantes de la cultura occidental. Con todo, de la Iglesia medieval, la Ilustración heredará:
 - a) Una actitud hacia la enfermedad mental de carácter represor y poco diferenciada del control de la conducta social.
 - b) Una cierta tradición en la creencia de la curabilidad de los trastornos psicológicos dependiente de los atributos del alma, esto es, de ciertas funciones psicológicas, como por ejemplo, la voluntad.

5. LA MODERNIDAD

La atmósfera abigarrada y tensa que caracterizó el final del medioevo fue relajándose hasta desembocar en un proceso de cambio cultural en el que intervinieron muchos factores. Porque entre finales del siglo XV y principios del siglo XVI se produjeron en Europa una serie de transformaciones económicas, culturales y políticas que, con la perspectiva que da el paso del tiempo, han convertido ese período en un punto de corte entre dos épocas. Sin embargo, en este contexto la expresión punto de corte debe entenderse más como una lenta evolución que como un acontecimiento abrupto. Además, como señala Ibáñez (2001) la evolución y los cambios que implicó tampoco deben entenderse en términos de progreso. Por el contrario, factores como la apertura de nuevas rutas comerciales con oriente y con el continente americano, la aparición de la imprenta o ciertas innovaciones tecnológicas que afectaban a la producción de bienes dieron lugar a la emergencia de un pensamiento filosófico de carácter

antropocéntrico —en oposición al teocentrismo medieval—, impulsaron el poder de la burguesía y facilitaron la aparición de los estados modernos. Y, a su vez, todo ello, acabó determinando cuestiones tales como la constitución de la ciencia en empresa cultural o la diferenciación creciente de la noción de individuo.

En cuanto período cultural, la Modernidad fue introducida por el Renacimiento, la Reforma y la Contrarreforma, consolidada por la Ilustración y llevada a su apogeo por las sucesivas etapas de la Revolución Industrial. Como apuntábamos en la introducción, los tratamientos psicológicos, tal como hoy los conocemos, son fruto de la modernidad. Concretamente, los rasgos de ésta directamente relacionadas con ellos son:

- La secularización de la visión del mundo.
- La transformación de las sociedades agrícolas en sociedades industrializadas con la consiguiente transformación de las estructuras sociales.
- La debilitación de los vínculos entre el individuo y el grupo, como consecuencia de las transformaciones estructurales mencionadas —en particular la de la familia.
- La modificación del estatus del individuo en relación con el grupo, consecuencia de los tipos de cambio ya mencionados.
- La acumulación de información sancionada socialmente como conocimiento fiable. Dicha información podrá estar referida a cualquier aspecto concreto de la realidad, y sólo será considerada digna de crédito cuando provenga de la observación o la experimentación. Además, los datos obtenidos mediante estos procedimientos serán interpretados como claves o indicios de algo mayor (Burke, 2002)

Sin embargo, puesto que la desaparición de la visión del mundo teocéntrica, propia del período medieval, no implicó el advenimiento del ateísmo —no al menos de forma inmediata—, sino un desplazamiento del foco de interés, hasta la Ilustración el hombre aún seguirá siendo considerado un ser intermedio entre las bestias y los ángeles. Este hecho influirá de manera decisiva en la dinámica del proceso de constitución de los tratamientos psicológicos. Por ello y con objeto de clarificar la revisión de dicho proceso, abordaremos la modernidad en dos fases. Una, a la que denominaremos *Primera Modernidad*, que abarca desde 1500 hasta 1850 y otra, a la que llamaremos *Segunda Modernidad*, que, si bien se extiende desde 1850 a 1970, aquí sólo revisaremos hasta 1900, fecha en la que ya son públicos los principios fundamentales del psicoanálisis.

6. PRIMERA MODERNIDAD (1500-1850)

En esta fase se encuadran movimientos culturales de gran envergadura, como el Renacimiento, la Reforma Protestante, la Contrarreforma Católica, la Ilustración y el Romanticismo; eventos políticos como la Revolución francesa, la Independencia de Estados Unidos o las guerras napoleónicas, y desarrollos tecnológicos como la primera revolución industrial.

Pese a todo, durante este período, el reconocimiento de la dignidad del enfermo mental será mucho más teórico que práctico. Es decir, los tratamientos psicológicos girarán en torno al internamiento y la intervención se reducirá al ejercicio de presión moral en distintos grados, pues la confianza en la curabilidad de los trastornos mentales no se afianzará hasta la última década de este período. Y aunque a finales del siglo XVIII Puységur descubrirá la hipnosis, su empleo sistemático como procedimiento terapéutico específico no se impondrá hasta casi cien años después.

Sin embargo, las aportaciones en el campo de las ideas de este primer período moderno, sobre todo las debidas a la Reforma y la Contrarreforma y a las teorías metaéticas nacidas al amparo de la Ilustración, resultan claves para comprender la amplitud de la variabilidad axiológica y teórica de los actuales tratamientos psicológicos.

6.1. Renacimiento, Reforma y Contrarreforma

Aunque hoy situemos hacia el año 1500 el inicio de este cambio en el eje temático en torno al cual se organizará en adelante la cultura occidental, la lentitud con que resultaron afectadas ciertas prácticas sociales hizo que, entre los siglos XV y XVI, no se experimentaran variaciones sustanciales en la intervención psicoterapéutica.

Ciertamente, durante el Renacimiento, la Reforma y la Contrarreforma se produjo una recuperación progresiva de las antiguas tradiciones médico-racionalistas y, con ello, una *recuperación de la orientación empírica*. En gran medida estas prácticas habían sido preservadas y enriquecidas por la medicina árabe, puesto que en la cultura islámica los enfermos mentales fueron tenidos por inspirados por Dios y, por tanto, mucho más respetados que en occidente.

Retornó, por tanto, el tratamiento de ciertos trastornos psicológicos a base de dietas, eméticos y sangrías; sin embargo, como al mismo tiempo las creencias en la brujería seguían aún fuertemente arraigadas en la

cultura popular, la Inquisición continuó asimilando algunas enfermedades mentales con posesiones demoníacas y dando tratamiento de herejes a ciertos enfermos. En este sentido, también podemos hablar de una *consolidación de la actitud represora*.

Además, existió una tercera vía de intervención psicoterapéutica cuyos antecedentes procedían del medioevo. Se trata de la creación de los primeros hospitales destinados específicamente a acoger enfermos mentales, centros en los que estos recibían un trato humanitario justificado por la caridad y por una moral religiosa, cada vez más predispuesta a respetar cualquier manifestación de lo humano. Es el caso del Hospital Mental de Valencia, cuya creación en 1409 por el padre Jofré dará lugar al mito fundacional de la psiquiatría, o del abierto en 1566 en Ciudad de Méjico por Bernardino Álvarez.

La aparición de los primeros psiquiátricos puede considerarse un indicio del *afianzamiento de la orientación moral*. Porque, si como ya hemos dicho a lo largo de unos doscientos años las prácticas psicoterapéuticas continuaron dependiendo de las ideologías del pasado, las consideraciones morales innovadoras y los nuevos posicionamientos religiosos estuvieron en ebullición. Erasmo, por ejemplo, no sólo valoró la locura como un noble motivo de reflexión, sino que afirmó que ésta constituye el núcleo mismo de la cordura. Paralelamente, una nueva ordenación social fue propugnada por Luis Vives y Cervantes Salazar. Sin las aportaciones de ambos al entonces naciente derecho natural, hoy resultaría imposible comprender las orientaciones axiológico-doxásticas más actuales relativas al respeto por las minorías.

Además, el afianzamiento de la orientación moralizante se fue abriendo camino en la vida secular gracias a tres contribuciones que, a su vez, resultaron decisivas en la *reactivación simultánea de las orientaciones ética, individualista e introspectiva*: *El Príncipe* de Nicolás Maquiavelo, los *Ensayos* de Michel de Montaigne, y la ética cartesiana. Sin embargo, las contribuciones decisivas en este aspecto vendrán dadas por la Reforma y la Contrarreforma.

La Reforma protestante constituye la contribución axiológica de este período que tendrá un mayor peso en el posterior desarrollo de los tratamientos psicológicos. Porque si hasta la protesta luterana la Iglesia había luchado, por una parte, contra las instituciones políticas que pretendían reducir su poder y, por otra, contra el individuo, cuya conducta necesitaba someter para afianzarse, a partir de la Reforma, en los países en los que esta triunfe, la religión sólo tendrá que autoafirmarse frente al poder político. Este hecho vendrá determinado por la *enérgica defensa de las*

orientaciones individualista y ética propugnada por el protestantismo: Lutero estableció como dogma que al hombre le basta su fe para salvarse, mientras que Juan Calvino dotó a la simplicidad de esta creencia de una profunda dimensión moral. Con todo, de entre las diversas implicaciones socioculturales de la Reforma protestante, dos son los aspectos que destacan por su influencia a largo plazo sobre lo que la actual cultura occidental entiende por tratamientos psicológicos:

- a) Según la doctrina de la doble **presdestinación** Dios elige a quienes han de salvarse y a quienes se condenarán con independencia de su fe, su amor, sus méritos o falta de ellos. Al asumir este dogma, Calvino defendió que los elegidos para salvarse quedaban obligados a comportarse como dignos instrumentos del poder divino mediante la observancia de una ética rigorista. Además, consideraba frecuente que los elegidos recibieran señales de su condición. Sin embargo, estas señales, que solían coincidir con signos externos de bienestar y riqueza, no siempre estaban claras, por lo que no todos los elegidos tenían desde sus primeros años conciencia de serlo. En estos casos correspondía al Espíritu Santo propiciar en ellos la palingenesis; esto es, la regeneración moral que, una vez acontecida, convertía la vida de los regenerados en ejemplo de obediencia a la ley divina, esto es, al Decálogo interpretado según el Evangelio. Por otra parte, en el pensamiento calvinista las normas evangélicas constituyen la expresión más adecuada del derecho natural, por lo que la existencia regenerada pasa a ser también regla de la vida civil y política. Cabe señalar que la relación establecida por la reforma calvinista entre identificación de los elegidos por Dios para salvarse y los indicios externos de bienestar social y riqueza convirtieron esta creencia en fundamento ideológico de la ética del trabajo y del ahorro propia de los inicios del capitalismo, así como de la orientación hacia el éxito y la riqueza de nuestra sociedad actual.
- b) Por otra parte, si bien entre los protestantes, incluidos los calvinistas, la confesión continuó siendo un valor reconocido para los fieles con remordimientos de conciencia, en cuanto práctica introspectiva dirigida a la identificación de las propias faltas, dejó de ser considerada un sacramento. Esta desacralización resultó muy facilitadora del proceso de transformación de las relaciones de guía espiritual en relaciones de consejo psicológico. Porque si las primeras giraban en torno al reconocimiento interpersonal de la culpa con objeto de obtener la exculpación frente a una instancia superior, en las segundas, la autoobservación del repertorio com-

portamental tendrá como objetivo mejorar la adaptación social y/o clarificar las cláusulas de coherencia del propio relato oral. En suma, el protestantismo, al desacralizar la confesión, estableció las bases para la transformación del feligrés en cliente, en el sentido rogeriano del término.

- c) Además, la reforma protestante reconoció al individuo la capacidad de leer e interpretar adecuadamente la palabra de Dios. Esta independencia hermenéutica que la Reforma asigna al individuo va a tener como consecuencia la consolidación del modelo atributivo interno del cambio psicológico, pues con la única condición de que su conducta se atenga a la ley divina, afirma a cada ser humano como responsable último de su vida y, por tanto, de su destino.

Por su parte, la Contrarreforma o Reforma Católica consistió en un movimiento nacido dentro de la iglesia romana y propugnado por nuevos órdenes religiosos, como los teatinos, los capuchinos, las teresianas o los jesuitas. El pensamiento contrarreformista se proponía la renovación interna de la iglesia, pero además se oponía a la Reforma Protestante y no sólo por discrepancia en los dogmas, sino también en cuestiones tales como la libertad hermenéutica frente a los textos sagrados, la valoración de la confesión y, en definitiva, todas aquellas expresiones de la fe y la vida religiosa que en el pensamiento reformista contribuían a enfatizar el individualismo. Es más, en los países en los que triunfó la Contrarreforma, entre los que destaca España, sus gobernantes tendieron a establecer sólidos vínculos entre Iglesia y Estado, de forma que la Iglesia, con frecuencia a través de la Inquisición, se convirtió en un arma política de control social y de sometimiento del individuo a los criterios del grupo. Así, con el paso del tiempo, el arraigo del individualismo en las sociedades católicas resultó ser significativamente menor que en las sociedades protestantes, mientras que la familia se convertía en un referente de primera magnitud.

En suma, si bien el Renacimiento y la Reforma nos dejaron como herencia axiológica el interés por el conocimiento científico y el individualismo, en los países en los que triunfó la Contrarreforma, así como en aquellas partes del mundo que fueron colonizadas por estos países, ambos valores se vieron, bien fuertemente contrarrestados por los religiosos, bien filtrados por maneras tan peculiares de entenderlos y vincularlos con el poder establecido como la desarrollada por los jesuitas. Y como Fuentes (2002a) ha hecho notar, estas circunstancias resultan del máximo interés a la hora de comprender las diferencias entre la psicología y la intervención psicológica angloamericanas, y la psicología y la intervención psicológica en España e Hispanoamérica.

Cuadro 1. Las confesiones de Agustín de Hipona y el papel del calvinismo en la consolidación de los modelos introspectivos de cambio psicológico

Confesiones constituye un ejemplo de narración introspectiva de tal envergadura que se convirtió en prototipo de narración autobiográfica introspectiva. La enorme proyección psicológica que tuvo esta obra se debió a dos factores. Uno, y esta faceta suele ser habitualmente comentada por los estudiosos de la historia de la psicoterapia, porque la obra agustiniana inspiró las pautas de autoobservación que, más adelante, ya en el Renacimiento, recogerá Ignacio de Loyola, quien en sus *Ejercicios* desarrolló el primer manual moderno de autocontrol. Y, otro, aunque esta faceta suele pasar desapercibida, porque en su aspecto formal *Confesiones* constituye una narración cuyo argumento se organiza en torno a varios incidentes críticos, que se corresponden con las manifestaciones del cambio de destino en el sentido aristotélico del término. Dado que, a su vez, cada uno de estos incidentes está ligado a las distintas etapas de resolución de un conflicto interior de naturaleza existencial, *Confesiones* constituye la emergencia de un modelo implícito del proceso de cambio psicológico basado en una articulación argumental compleja del dispositivo narrativo llamado cambio de destino. Porque, Agustín de Hipona, por una parte, revisó los distintos períodos de su vida con un criterio teleológico —esto es, reinterpretando el pasado en función de acontecimientos posteriores al que examinaba— y, por otra, organizó la secuencia de esos períodos de acuerdo con un criterio moral de búsqueda de la perfección. No obstante, según el pensamiento agustiniano, para el hombre el bien último era la felicidad, entendida esta como unión del alma con Dios; unión propiciada, en última instancia, por la inmerecida gracia divina.

Sin embargo, la consolidación del modelo narrativo autobiográfico introspectivo va a producirse, sobre todo en las comunidades puritanas, gracias a la alta valoración que la doctrina de Pablo de Tarso recibe en el protestantismo. A su vez, este hecho, favorecerá la continuidad de la tradición autobiográfica inaugurada por *Confesiones*. Y al igual que estas, las autobiografías morales puritanas organizarán su argumento en torno a disposiciones argumentales de carácter teleológico que, mediante la identificación introspectiva del acontecimiento o serie de acontecimientos que el autor considera desencadenantes de su regeneración moral, darán amplia difusión cultural al modelo de proceso del cambio psicológico, esencialmente trágico, implícito en estas narraciones.

Cuadro 2. Narración y modelos de cambio psicológico

Todo argumento narrativo conlleva la exposición de un conjunto de hechos encadenados entre sí, de forma que, al considerar el tipo de conector que los vincula, encontramos dos categorías: los argumentos consecutivos o causales y los argumentos teleológicos (Davis, 2002). Los primeros se caracterizan por una estricta secuencia cronológica del tipo «y luego y luego». Este tipo de argumentos son habituales, tanto en los relatos épicos, como en el teatro y la prosa europeos desde 1300 a 1600, o en los relatos elaborados por niños. Los segundos, en cambio, aunque pueden presentar secuencias hiladas por una vinculación consecutiva, se caracterizan por la presencia de giros argumentales al servicio del desenlace final. Así, en los argumentos teleológicos la presentación de la información se produce teniendo en cuenta el desenlace, de manera que algunos episodios anteriores cambian de sentido cuando éste se desvela. Semejante tipo de construcción argumental es característico de la novela como género literario, y se hace particularmente evidente en los relatos de corte policíaco.

El modelo trágico de cambio psicológico. De acuerdo con la tradición realista griega, Aristóteles concebía la creación artística como una imitación de la realidad sensible y, al igual que sus conciudadanos, valoraba la tragedia como la manifestación artística por excelencia. Aristóteles tipificó la tragedia como un género artístico caracterizado por seis elementos: la fábula, los caracteres o personajes, el lenguaje, las ideas, el espectáculo y la música. Al analizar la fábula o historia que se cuenta lo hizo refiriéndose a ella con la palabra *mythos*, que puede traducirse a la vez como mito —ficción alegórica de carácter religioso— y como narración tradicional, o bien empleando la palabra *praxis*, esto es, acción. Es en este contexto, realista y narrativo, que Aristóteles definirá *el cambio de destino* como aquel acontecimiento argumental que inevitablemente propicia el desenlace de una tragedia. Así, el cambio de destino constituye un dispositivo narrativo que emerge en occidente con el Edipo homérico, y se concreta en el momento en que Edipo decide abandonar Corinto y dirigirse a Tebas —con objeto de impedir el cumplimiento del oráculo—, pues esta decisión lo llevará a encontrarse ocasionalmente con Layo, su verdadero padre, con quien mantendrá una disputa durante la que le dará muerte, lo cual...

Puesto que, al igual que cualquier otro tipo de narración, un relato trágico conlleva un modelo implícito del cambio, llamaremos **modelos trágicos del proceso de cambio** a todos aquellos que sitúen su locus explicativo del proceso de cambio en la relación causal entre un acontecimiento o tipo de acontecimiento y una modificación inevitable de un curso biográfico.

Como señala Davis (2002, pg. 277), la venida de Cristo constituyó durante mil quinientos años el modelo más potente de argumento teleológico.



gico de que disponía la cultura occidental, aunque dicho modelo no se secularizó hasta comienzos de la Edad Moderna.

Con ello, el modelo trágico del cambio psicológico conocerá una amplia difusión en la cultura occidental, pues de la cultura griega pasará, en primer lugar, a la tradición cristiana a través de los escritos de Pablo de Tarso y Agustín de Hipona, para luego, tras incorporarse gracias al protestantismo a la novela moral del siglo XVIII y a la narrativa del XIX, acabar formando parte de la concepción freudiana de la vida psíquica.

En suma, si los relatos organizados en torno a una causalidad lineal implican que los acontecimientos del pasado se acumulan en las causas del presente, los organizados teleológicamente conllevan la transformación de los acontecimientos pasados a partir de otros acontecimientos que les siguen.

La relevancia de los modelos teleológicos en psicoterapia viene dada por varios factores. En primer lugar, todo relato conlleva un modelo implícito de causalidad, que si en los argumentos consecutivos tiende a ser lineal —sucedio *A* y luego *B*, por tanto *A* es causa de *B*, o bien, *A* y *B* se acumulan para precipitar *C*— en los argumentos teleológicos se organiza en torno a una reestructuración. En ella, el desenlace modifica algunos nexos causales lineales establecidos de forma previa —sucedio *A* y luego *B* y, por tanto, parecía que *A* causaba *B*; sin embargo, al ocurrir *C* se comprobó que *A* y *B* eran acontecimientos independientes entre sí, o bien, sólo relacionados tangencialmente mediante *X*.

En segundo lugar, en occidente, los argumentos teleológicos constituyen desde las *Confesiones* de Agustín de Hipona el núcleo de la cláusula de coherencia de los relatos autobiográficos de orientación introspectiva, pues disponer las experiencias personales de forma teleológica permite al narrador considerarse a sí mismo como un personaje en trance de recrear lo narrado. Esto es, el narrador autobiográfico se autocaracteriza como un personaje que, hasta cierto punto, modifica su pasado porque:

1. Se distancia de la experiencia vivida objeto del relato
2. Modifica, al menos parcialmente, las atribuciones causales iniciales sobre dicha experiencia
3. Dicha modificación cognitiva modifica, a su vez, las emociones actuales respecto a lo vivido
4. En el presente, tales cambios cognitivos y emocionales dan lugar a la ampliación de los recursos comportamentales del narrador, porque a pesar de que lo vivido fue experimentado por él de una manera, hoy los mismos acontecimientos son relatados de otra.



Por último, la enorme popularidad de que gozó la novela decimonónica impregnó nuestra cultura de dos presuposiciones doxásticas: una, relativa a la capacidad inherente a cualquier persona para cambiarse psicológicamente a sí misma mediante la introspección y, otra, relativa a la capacidad de cualquier persona para cambiar el curso de los acontecimientos de su propia vida.

En suma, la narrativa teleológica se convirtió en vehículo de reconocimiento de un locus moral —basado en la naturaleza humana y en el comportamiento— a través del siguiente proceso histórico-cultural:

- a) Representación de las historias personales como decurso regido por la alternancia trágica vida/ muerte (cultura griega)
- b) Transformación metafórica de la alternancia vida/muerte en alternancia paganismo/fe (relato de la conversión de Pablo de Tarso)
- c) La alternancia paganismo/fe adquiere un valor moral del tipo mal *versus* bien (*Confesiones* de Agustín de Hipona)
- d) Libre circulación de numerosos relatos autobiográficos puritanos durante el siglo XVI, cuya función era, más que expurgatoria, ejemplarizante. En estos relatos el argumento recoge la alternancia de la vida sin Dios y de la vida con Dios, actuando la experiencia de la revelación de ser uno de los elegidos como acontecimiento crítico.
- e) Asunción por parte de la novelística —fundamentalmente inglesa— del siglo XVIII de la disposición argumental de las narraciones autobiográficas puritanas, ya que durante este siglo la función social de la novela será, sobre todo, moralizante.
- f) Aunque sujeta a valores ideológicos parcialmente distintos y a ciertas modificaciones técnicas en su empleo como recurso de construcción argumental, la novela del siglo XIX dará el espaldarazo definitivo a las narraciones teleológicas, que gozarán de una amplia difusión gracias al auge adquirido por este género literario.
- g) Durante el siglo XX, todas aquellas prácticas psicoterapéuticas que invocan la comprensión por «insight» como agentes causales de la curación considerarán que el relato teleológico es el prototipo argumental al que ha de ajustarse la narración del paciente para que este pueda considerarse curado.

6.2. La época de la razón

En lo relativo a la ordenación social, uno de los cambios que trajeron consigo el desarrollo de nuevas tecnologías y la expansión mercantil iniciadas en el período renacentista, consistió en el incremento progresivo de las cotas de poder político y económico alcanzadas por la burguesía. Así, la continua expansión burguesa va a tener como referentes axiológico-doxásticos, por una parte, la defensa de la libertad individual y del comedimiento, el autocontrol, la supresión de la espontaneidad, el rechazo de la sensualidad y la sexualidad y el rechazo del misticismo propugnados por la moral reformista y, por otra, una fuerte reafirmación de la razón como valor que afectará, tanto a las concepciones éticas, como a la organización de la vida cotidiana.

A su vez, la defensa de la razón facilitará, mediante el *reforzamiento de la orientación empírica*, el desarrollo tecnológico que hará posible la primera revolución industrial, mientras que los valores asumidos por la burguesía facilitarán su auge como clase social. Por último, el incremento del poder burgués hará posible los profundos cambios sociales propugnados por la revolución inglesa de 1688, la independencia de los Estados Unidos (1877) y la revolución francesa (1872-1879), y todos ellos serán justificados invocando la razón.

Más concretamente, el reforzamiento de la orientación empírica recibió un impulso formidable del movimiento intelectualista conocido como Ilustración. En sus orígenes, la Ilustración fue un fenómeno circunscrito a los salones aristocráticos franceses, ingleses y, en ocasiones, alemanes. En ello, pensadores y científicos de todo tipo exponían sus ideas y transmitían sus conocimientos a cambio de los halagos de sus anfitriones. Sin embargo, su cultivo sistemático del pensamiento crítico, radicalmente opuesto a toda verdad revelada y su orientación ética humanitaria, desvinculada de cualquier fe religiosa, fueron ampliamente difundidos por la imprenta. Gracias a ella, tales ideas y conocimientos acabaron impregnando la sociedad de la época y siendo rápidamente asimilados por la burguesía.

En el optimismo racionalista y secular de la Ilustración, se encuentran las raíces inmediatas de todas las prácticas psicoterapéuticas actuales. Porque a partir de la reforma protestante, con el movimiento ilustrado, se produce un segundo paso decisivo en el proceso de secularización de la visión del mundo occidental. Una de las manifestaciones de dicho proceso consistirá en el desarrollo diferencial que las teorías metaéticas —cuyo objeto consistía en dilucidar si el comportamiento acorde con las normas sociales tiene una fundamentación objetiva (razón) o subjetiva

(emoción)— tendrán en Inglaterra y el continente. No se trata, por tanto, de que *en Europa* vayan a coexistir códigos de conducta moral muy diferentes, sino que *existirán teorías muy diferentes sobre la naturaleza moral del hombre*. Así, en el continente prevalecerá el racionalismo axiológico de Spinoza, Rousseau, y Kant, quienes defenderán la creencia de que los valores sancionados por la sociedad son expresión directa o indirecta de la razón. Mientras que, en Inglaterra, Hobbes defenderá igualmente esta concepción, pero autores como Shaftesbury, Hutcheson y Hume argumentarán a favor de un origen emocional de los valores morales y, por tanto, de la capacidad de adaptación del individuo. Ambos posicionamientos axiológicos van a dar lugar a dos tradiciones culturales que, a su vez, durante el siglo XX, serán asumidas por diferentes líneas de intervención psicoterapéutica como modelos diferenciales del ser humano. Así, mientras que el núcleo de las propuestas metaéticas racionalistas serán asumidas como presuposiciones axiológicas por los tratamientos psicodinámicos (véase Capítulo 2) las terapias sistémicas racionalistas, las terapias basadas en la reestructuración cognitiva y la terapia cognitivo-conductual; las propuestas metaéticas emocionalistas, en cambio, se constituirán en el núcleo de las presuposiciones axiológicas humanistas.

Entre las teorías metaéticas racionalistas destacan:

Teoría contractual inglesa. Desarrollada por Thomas Hobbes en su *Leviathan*. Hobbes consideró que la autosatisfacción y la autopreservación son las únicas motivaciones del ser humano y que lo bueno corresponde a cualquier objeto de deseo, si bien lo deseable varía de un individuo a otro. Por ello, la propuesta de Hobbes, antecedente axiológico del concepto de refuerzo desarrollado por la Modificación de Conducta, suele calificarse de hedonista y subjetiva. Sin embargo, el aspecto más destacable de la aportación hobbiana, consiste en la noción de contrato social como recurso para evitar la guerra de todos contra todos en que degeneraría la actividad social si la conducta de los individuos sólo respondiera a sus motivaciones individuales. Dicho contrato, justificado en última instancia por la necesidad de supervivencia de la especie, consistiría en una cesión del derecho individual de atacar al otro como medio para conseguir nuestros fines, a cambio de que el otro nos ceda su derecho individual a atacarnos como medio para lograr los suyos. Además, de cara a mantener el equilibrio promovido por el contrato social, la cesión de derechos de cada individuo se hace recaer en una persona o grupo cuya soberanía garantiza el cumplimiento del contrato, recurriendo si fuera necesario al castigo de los infractores. Este último aspecto de la metaética de Hobbes constituye un precedente axiológico directo de las

concepciones freudianas de la dinámica de la vida psíquica y las funciones del yo (*véanse Capítulos 2 y 3*)

Teoría contractual francesa. Representada por Rousseau, quien defendió la necesidad de establecer una norma que responda a la voluntad general. Pero Rousseau no entendía la voluntad general en el sentido que adquiere dentro de las democracias modernas, sino como que cada hombre comparte algo bueno con el resto de los seres humanos y, de aquí, que los verdaderos intereses individuales puedan coincidir. Por ello, Rousseau consideraba que cuando un hombre pasa del estado natural a la sociedad civil tiene que consultar más a su razón que a sus inclinaciones. Sin embargo, esto no supondría un sacrificio de sus verdaderos intereses, pues al seguir los dictados de la razón el hombre dejaría de ser esclavo de los impulsos físicos, ganando con ello libertad moral. Esto supone que Rousseau concibió a los hombres civilizados como identidades divididas, porque la voluntad general representaría la voluntad racional de cada miembro de la comunidad y, si un individuo se opusiera a la decisión de la voluntad general, tal oposición estaría respaldada por sus impulsos físicos, pero no por su verdadera voluntad autónoma. Esta teoría metaética constituye un claro referente axiológico-doxástico del modelo topográfico de la personalidad y la concepción del desarrollo freudianos (*véase Capítulo 3*).

Teoría de los imperativos morales, elaborada por Emmanuel Kant, quien consideraba que la libertad sólo existe en las acciones racionales. Pero una acción racional no podría basarse en los deseos personales de un sólo individuo, sino que debería adecuarse a algo que este pudiera considerar una ley universal. Así, Kant propuso que las acciones humanas sólo poseen valor moral cuando se imponen por su propia razón y que nada sino la razón puede determinar el contenido de una ley moral. Asimismo, defendió que la ley moral debe coincidir con la razón universal y, por tanto, sus prescripciones, denominadas imperativos categóricos, deben ser aplicadas por todo ser racional con independencia de sus deseos y sentimientos. Esta posición axiológica kantiana constituye un referente cultural inmediato del super-yo en cuanto estructura de la personalidad (*véase Capítulo 3*), así como de ciertos aspectos de las terapias de reestructuración cognitiva, en particular la concepción de las creencias irracionales defendida por Ellis.

En cambio, entre las teorías metaéticas que fundamentan el comportamiento humano en las emociones destacan:

Teoría del propio interés y desarrollo de la conciencia. Representada por Buttler, quien defendió la armonía entre el propio interés y la conducta moral, considerando que la felicidad se alcanza como resultado del

producto de la satisfacción de los propios deseos y la satisfacción de los deseos ajenos. Consideraba que la expresión directa del egoísmo no era una estrategia adecuada para la satisfacción de los propios deseos, ya que estos suelen ser mejor satisfechos cuando nuestra conducta responde a intereses menos inmediatos. Esta concepción constituye un precedente axiológico de las terapias familiares centradas en la solución de problemas.

Teoría del sentido moral. Representada por Shaftesbury, Hutcheson y Hume. En contra de Hobbes, consideraron que la autopreservación no es la única pasión que mueve al hombre y que la benevolencia, la generosidad, la simpatía y la gratitud, también lo son. Por ello, postularon que la razón no puede fundamentar la moral, pues la razón resulta útil para mostrarnos cómo alcanzar nuestros objetivos, pero inútil para movilizarnos a actuar excepto en beneficio propio. Es decir, para estos autores sólo la conducta egoísta sería racional. Por tanto, defendieron que quienes no observan la conducta adecuada no pueden ser tachados de irracionales. De acuerdo con Hume, pretender que la razón sustente la moral es confundir lo que *es* con lo que pensamos que *debería ser*. Así, Hume asumió que los juicios morales están basados en los sentimientos y que no reflejan ningún estado objetivo del mundo. Este posicionamiento axiológico será asimilado por el Movimiento Humanista y, a través de él, por las terapias constructivistas.

7. LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS DURANTE LA PRIMERA MODERNIDAD

Durante los siglos XVII y XVIII, la hegemonía de la razón y el individualismo como organizadores de las distintas facetas de la realidad va a tener una influencia inmediata, además de fuertemente ambivalente, sobre el estatus concedido a los enfermos mentales. Y ello, por dos motivos.

En primer lugar, *la locura será conceptualizada como una oposición a la razón no explicable ni abordable por ella*. En consecuencia, el loco será aislado de la sociedad y recluido en los hospitales psiquiátricos que, cada vez con más frecuencia, se alzarán en las afueras de todas las grandes ciudades —en el caso del continente— o en la campiña —en el caso del Inglaterra—. Sin embargo, la propia hegemonía de la razón como pauta organizadora de la vida social va a desdibujar el perfil psicológico del loco, esto es, del irrazonable, de forma que entre los reclusos en estos psiquiátricos se encontraban, no sólo los afectados por lo que hoy entendemos como enfermedades mentales, sino también y, con frecuencia en

mayor medida, toda clase de individuos socialmente incómodos: criminales, vagabundos, rebeldes políticos, prostitutas, libertinos y extravagantes de cualquier tipo. Este episodio de la historia de la locura que Foucault (1976) denominó el *Gran Encierro*, supuso la asunción por parte de la burguesía de la *orientación represora* ejercida por la Iglesia en el período anterior. Y de la misma manera que esta había delegado en los inquisidores las competencias para decidir el tratamiento adecuado a cada caso, aquella delegó en cierta clase de científicos —los llamados médicos frenópatas— la tarea de explicar racionalmente y de recuperar para la sociedad a esta nueva categoría de marginados.

En segundo lugar, *el enfermo mental será considerado, pese a todo, un individuo*, y como tal poseedor de una cierta dignidad que deberá ser respetada, si bien dicho respeto no llegará al punto de hacerle acreedor del disfrute de sus derechos hasta que su conducta se ajuste a las pautas de organización social consideradas como acordes a la razón. Por ello, el loco pasa a ser considerado un enfermo que necesita tratamiento. Nacen así los llamados tratamientos morales, cuyo desarrollo en Francia e Inglaterra correrán a cargo de Pinel y Tuke respectivamente.

Philippe Pinel suele ser recordado como el médico que liberó a los enfermos mentales de las cadenas físicas con que solían ser sujetos en los hospitales franceses. Sin embargo, también fue el médico que sustituyó las mencionadas cadenas físicas por otras no materiales, aunque no por ello menos rigurosas: el tratamiento moral. Porque como el digno hijo de la Francia ilustrada y liberal que fue, Pinel diseñó un tipo de tratamiento psicológico que combinaba el trato amable hacia el enfermo con la prescripción de órdenes irrefutables enunciadas en tono autoritario e incontestable. Es decir, abolió la violencia física hacia los tenidos por locos y la sustituyó por el ejercicio de tanta violencia psicológica como fuera necesaria para lograr que estos adaptaran su conducta a las normas sociales vigentes en la época.

El grueso de la mencionada violencia psicológica provenía del enjuiciamiento continuo que el personal sanitario ejercía respecto de la conducta de cada interno, así como del hecho de que los informes de aquellos fueran el material en base al que se identificaba la conducta inadecuada y se proponían los castigos de estos. Por eso, distintos autores (Foucault, 1976; Bromberg, 1975; Doerner, 1981) han destacado que la relación entre el personal hospitalario y los enfermos reproducía la dinámica de los juicios ciudadanos, tan frecuentes y tan ajustados a los valores de la entonces cada vez más pujante burguesía. Por otra parte, como los enfermos estaban en condiciones de comparar sus perturbaciones y comportamientos con las perturbaciones y comportamientos de otros reclusos,

la única opción posible para ellos consistía en aceptar su culpabilidad e internalizar los criterios morales y comportamentales de sus conciudadanos.

En cuanto a William Tuke, fue un cuáquero que desarrolló sus tareas sobre todo en la ciudad de York. A diferencia de Pinel, que trabajó siempre en instituciones urbanas, Tuke recogió la tradición anglosajona de recluir a los enfermos mentales lejos de las ciudades, allí donde se suponía que el retiro espiritual constituía una poderosa ayuda en la lucha que el enfermo mantenía con sus pasiones. En tales centros, los enfermos solían ser tratados por sus cuidadores casi como niños, ya que, si por una parte eran vigilados férreamente, por otra, veían reforzada su autoestima a través de la realización de pequeños trabajos físicos. Aun así, la gran diferencia entre los tratamientos de Pinel y Tuke consistió en que el segundo instaba a los pacientes a controlar su conducta apoyándose en los valores de la religión, mientras que el primero tenía como referente los valores ciudadanos.

7.1. El cambio de expectativas en la atención psiquiátrica

En lo que respecta a la salud mental durante el siglo XIX resulta necesario considerar de manera diferencial, por una parte, la primera y la segunda mitad de la centuria y, por otra, en cada uno de estos períodos, la atención recibida por los enfermos internados en hospitales psiquiátricos y la concepción de los tratamientos psicológicos propiamente dichos.

Porque durante las primeras décadas del siglo XIX se mantuvo la creencia de que los locos eran seres humanos de rango inferior, insensibles al dolor físico, y sumisos sólo si se les administraban fuertes drogas; y, a su vez, estos prejuicios se vieron reforzados por el importante deterioro que sufrían los pacientes internados. En otras palabras, aunque durante el primer cuarto de siglo los hospitales psiquiátricos pasaron a convertirse en instituciones habituales dentro de la red sanitaria, las condiciones de vida en su interior fueron muy precarias, pues, tanto los médicos especializados como los cuidadores, consideraban imposible la curación de sus pacientes.

Sin embargo, a medida que avanzaba el siglo, este panorama llegó a cambiar drásticamente gracias a tres factores. En primer lugar, los avances de la neurología dieron pie a la creencia de que las enfermedades mentales estaban causadas por lesiones orgánicas. Y mientras la medicina alemana destacaba la relevancia de la patología del cerebro y del sistema nervioso en las enfermedades mentales, el optimismo se extendió

entre los superintendentes y reformadores psiquiátricos. Esta actitud nueva respondía a la creencia de que, una vez conocida con detalle las causas de cualquier trastorno, la posibilidad de descubrir un tratamiento eficaz sería sólo cuestión de no demasiado tiempo. Como ejemplo de esta nueva corriente doxástica, destaca el movimiento de renovación iniciado en 1844 por la Asociación de Superintendentes Médicos de las Instituciones Americanas para los Insanos, precursora de la actual American Psychiatric Association.

En segundo lugar, el optimismo que acabamos de comentar se convirtió en auténtica euforia durante los años 40, debido a la aplicación de métodos estadísticos en el control de casos de curación. Los primeros trabajos hablaban de hasta un 84% de curaciones entre los pacientes dados de alta y respecto a cuadros muy diversos (Bercherie, 1986). Sin embargo, cuando dichos estudios fueron revisados, se descubrió una incorrecta aplicación de los recursos estadísticos y los índices de recuperación comenzaron a oscilar entre el 30 y el 40%. Ahora bien, el impacto que tuvieron los trabajos iniciales, tanto sobre los especialistas como sobre el gran público, resultó ser muy superior al ejercido por sus revisiones, de manera que la creencia en la curación de las enfermedades mentales continuó arraigando en la cultura occidental. Además, en estos años también comenzó a hacerse popular la creencia de que la prontitud en la aplicación del tratamiento, una vez aparecido el trastorno, resultaba crucial para la recuperación.

Por último, ambos factores, esto es, la pujanza de la neurología y la incipiente psiquiatría y la aparición, tanto en el ámbito médico como en el social, de un intenso optimismo —aún siendo este injustificado en gran medida— confluyó con aquellos aspectos del ideario romántico deudores de la filosofía natural de Rousseau. Como resultado, apareció un nuevo concepto del enfermo mental en cuanto individuo; un concepto que subrayaba la condición del loco como hombre entre los hombres y, por tanto, como criatura sensible, además de al calor, al frío y al dolor; a las presiones emocionales y ambientales a que se le sometiera. Y así, hacia la mitad del siglo XIX acabaron produciéndose, por un lado, una cierta movilización de la conciencia social a favor de los cuidados que necesitan los enfermos psíquicos y, por otra, las primeras especulaciones sobre la influencia que ejercían, sobre las perturbaciones psicológicas, las tensiones emocionales y las condiciones de vida surgidas con la revolución industrial.

Más tarde, a partir de 1848-1850, y a pesar de la fuerte oleada de ocultismo que, procedente de Estados Unidos, barrió Europa (Bromberg, 1975) este arraigo recibió el impulso del positivismo.

7. 2. Los destinos del mesmerismo

Durante el último tercio del siglo XVIII y en medio de un clima acusadamente racionalista y empírico, surgió la actividad psicoterapéutica de una figura que llegó a ser muy polémica entre sus contemporáneos. Nos referimos a Franz Anton Mesmer quien, animado por las reacciones de ciertos pacientes, elaboró una teoría, bastante plausible para la época, sobre la curación por medio de un supuesto fluido magnético de naturaleza física, que vincularía todos los elementos de la naturaleza, incluidos los seres humanos. Después de haber abandonado Viena en 1777, en oscuras circunstancias, Mesmer se instaló en París, donde abrió una lucrativa consulta que fue frecuentada por pacientes bien situados económicamente. Pese al reconocimiento social que inicialmente obtuvieron sus prácticas, varios fracasos clínicos muy notorios tuvieron como consecuencia que, en 1784, Luis XVI nombrara una comisión a la que encargó pronunciarse sobre la fundamentación científica de las actividades mesméricas. Y puesto que el informe de esta comisión fue rotundamente negativo, Mesmer se vio obligado a terminar sus días alejado de los enfermos.

Sin embargo, uno de los alumnos más aventajados de Mesmer, el marqués de Puységur, también durante el último tercio del siglo XVIII, descubrió de manera accidental lo que hoy llamamos hipnosis. Concretamente, Puységur descubrió lo que hoy entendemos por inducción hipnótica, así como las posibilidades que esta ofrece para influenciar la conducta de las personas incluso cuando ya han salido del trance. Pero Puységur, que no era un hombre de ciencia sino un rico hacendado muy interesado por el mesmerismo, explicó sus descubrimientos en términos de fluidos magnéticos animales, y publicó sus primeras páginas sobre el tema justo en el año en que dieron comienzo las pesquisas de la comisión científica que investigaba a Mesmer, esto es, 1784.

Se produjo así, el primer eslabón de una cadena de acontecimientos que van a jalonar la historia entera de los tratamientos psicológicos. Porque si bien como consecuencia del dictamen de la mencionada comisión, todo lo relacionado con el mesmerismo quedó profundamente desacreditado en el continente, en Estados Unidos, en cambio, tanto los descubrimientos de Puységur como sus explicaciones mesméricas obtuvieron una acogida entusiasta. Y ello, a pesar de la honestidad intelectual del propio Puységur, quien no dudó en publicar sus apreciaciones, a medida que fue descubriendo la importancia que, sobre los fenómenos hipnóticos, tienen las creencias personales del paciente y el terapeuta, así como la relación existente entre ambos.

En consecuencia, mientras durante la primera mitad del siglo XIX, los conocimientos de Puységur estuvieron a punto de perderse en el continente, en Estados Unidos, las prácticas hipnóticas y las explicaciones mesmeristas quedaron fuertemente ligadas al espiritismo gracias a las actividades y escritos de Phineas P. Quimby (1802-1866). A su vez, durante el siglo XX, estas circunstancias acabaron teniendo una amplia repercusión en el desarrollo de los tratamientos humanista y experienciales.

En cualquier caso, volviendo al destino europeo de la hipnosis, fue hacia 1830 cuando el médico inglés James Braid acuñó el término hipnosis para referirse a los trances mesméricos. Al hacerlo, mediante la raíz griega «hynos»(sueño) Braid vinculó el estado de trance con el estado de sueño. Este hecho facilitó un cambio en la percepción del fenómeno por parte de sus colegas, pues al quedar los trances desvinculados de la teoría de los fluidos de Mesmer se abrió, por una parte, la posibilidad de estudiar el fenómeno en términos estrictamente neurofisiológicos y, por otra, la posibilidad de realizar ensayos clínicos sistemáticos.

Estos últimos no se hicieron habituales en Francia hasta 1860, cuando, primero Liébaux y Bernheim en Nancy, y luego Charcot en La Salpêtrière organizaron en torno a sus actividades dos escuelas, rivales entre sí, que alcanzaron renombre internacional. Atraído por el prestigio de ambas, en 1885 y 1889 un médico de apenas treinta años, llamado Sigmund Freud, viajó desde Viena para aprender cómo curar mediante hipnosis enfermedades muy diversas.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA Y LECTURAS RECOMENDADAS

FUENTES, J. B. (2002). La (posible) paradoja de la 'intervención psicológica' en el contexto de la cultura hispanoamericana. *Papeles del Psicólogo*, 22(83), 10-20.

Facilita la comprensión del desarrollo diferencial de la psicoterapia en las sociedades individualistas y colectivistas en función del impacto cultural del protestantismo y el catolicismo.

IBÁÑEZ, T. (2001). *Muníciones para disidentes. Realidad-Verdad-Política*. Barcelona: Gedisa.

Una excelente introducción al núcleo del concepto de postmodernidad.

KLEINKE, C. L. (1998). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

De lectura indispensable para cualquier aspirante a terapeuta.

POVEDA, J. A. (Ed.) (1997). *Chamanismo. El arte natural de curar*. Madrid: Temas de Hoy.

Interesante por su perspectiva antropológica. Especialmente en temas clínicamente controvertidos, como la disociación.

SEMERARI, A. (2002). *Historia, teoría y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós. (Capítulos 1, 2 y 3).

Magnífica contextualización y visión de conjunto. Muy recomendable para comprender la situación actual de esta línea de intervención terapéutica.

ACTIVIDADES

A)

1. Leer el epígrafe titulado *Por medio de modificaciones cognitivas* pg. 186-189 del libro *Chamanismo. El arte natural de curar* [José M.^a Poveda (Ed.) 1997, Madrid: Temas de Hoy] y realizar el ejercicio *Vision Quest* descrito en él.
2. Repetir ese ejercicio una vez en cada una de las tres semanas siguientes. Escribir un resumen de dos folios recogiendo la progresión de las cuatro experiencias y comentarlo en un coloquio durante la tutoría.

B)

1. Leer y comentar el capítulo *La realidad no existe. Algunas consideraciones epistemológicas y ontológicas a partir de la extraña realidad cuántica* pg. 18-52 del libro *Muníciones para disidentes. Realidad-Verdad-Política* de Tomás Ibáñez, Barcelona 2001.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

1. La función de las tecnologías de la inteligencia consiste en:
 - a) Modificar la relación con el ambiente
 - b) Aplicar la inteligencia al desarrollo de rutinas prácticas
 - c) Posibilitar ciertas operaciones de la inteligencia
2. Las presuposiciones culturales relacionadas con las opiniones se denominan:
 - a) epistemológicas
 - b) doxásticas
 - c) axiológicas
3. La visión del mundo premoderna estuvo vigente desde:
 - a) La prehistoria a 1850
 - b) La prehistoria a 1500
 - c) Desde 1850 a 1970
4. Una de las siguientes opciones no es característica de la Modernidad:
 - a) La creencia en que realidad sólo es parcialmente cognoscible por la inteligencia humana
 - b) La debilitación de los vínculos ente el individuo y el grupo
 - c) La secularización de la visión del mundo
5. La consolidación del modelo atributivo interno propiciado por el calvinismo procede directamente de:
 - a) La concepto de predestinación
 - b) La desacralización de la confesión
 - c) La libertad hermeneútica concedida a los fieles
6. Entre los filósofos precursores de las actuales presuposiciones axiológicas humanistas destacan:
 - a) Rousseau, Spinoza y Kant
 - b) Hobbes
 - c) Shaftesbury, Hutcheson y Hume
7. En relación a los tratamientos psicológicos, la primera mitad del siglo XIX se caracteriza por:
 - a) el surgimiento de un optimismo infundado respecto a la curabilidad de los trastornos mentales

- b)* la aparición del positivismo
- c)* la aceptación de la hipnosis como práctica clínica en los hospitales europeos

RESPUESTAS CORRECTAS

1. *c)* 2. *b)* 3. *b)* 4. *a)* 5. *c)* 6. *c)* 7. *a)*

Capítulo 2

Historia, núcleo conceptual y controversias epistemológicas del modelo psicodinámico

Alejandro Ávila Espada y Antonio García de la Hoz

Guión-Esquema

Objetivos

1. Introducción: Los tratamientos psicoterapéuticos antes del Psicoanálisis
2. Historia del modelo psicodinámico: Los orígenes del psicoanálisis y la técnica psicoanalítica y su repercusión en la psicoterapia. La cuestión de la formación
3. Núcleo conceptual del Psicoanálisis
4. Controversias epistemológicas
 - 4.1. Las críticas positivistas
 - 4.2. La posición hermenéutica
5. Principales líneas de desarrollo: Evolución del modelo psicodinámico a lo largo del siglo XX
 - 5.1. ¿Un psicoanálisis o muchos?

Resumen y conclusiones

Bibliografía básica y Lecturas recomendadas

Actividades

Ejercicios de autoevaluación

Palabras clave

Historia del Psicoanálisis, Inconsciente, Lenguaje, Controversias epistemológicas, Evolución del modelo psicodinámico.

GUIÓN-ESQUEMA

El modelo psicodinámico de los tratamientos psicológicos se desarrolla en torno a las vicisitudes de aparición y evolución del psicoanálisis, desde finales del siglo XIX hasta la actualidad. Las raíces culturales, sociales y filosóficas del psicoanálisis derivan de un conjunto de observaciones y tradiciones que la práctica médica venía recogiendo desde la antigüedad. Tales prácticas, a finales del siglo XIX, encuentran el crisol adecuado para su expresión, inaugurando así un modelo psicológico para explicar el comportamiento del ser humano a partir de la inclusión del concepto de *inconsciente* en el ámbito científico. Recorreremos entonces el progreso de la obra freudiana, y cómo en ella van apareciendo los principales elementos técnicos de la psicoterapia contemporánea: asociación libre, transferencia, resistencia, contratransferencia, interpretación, compulsión a la repetición. Dos finalidades se perfilarán dando sentido a la práctica clínica del psicoanálisis: el *autodescubrimiento* (de los deseos propios, a través de lo inconsciente) y la *curación* (o fin terapéutico propiamente dicho, donde se tienen en cuenta las necesidades del sujeto).

Los elementos conceptuales fundamentales del modelo de Freud se identifican a partir de tres de sus textos: *Dos artículos de enciclopedia* (1923a), *Breve informe sobre psicoanálisis* (1924c) y *Psicoanálisis* (1926d). En ellos resume cual es su punto de vista sobre los núcleos conceptuales básicos del modelo.

El psicoanálisis ha despertado muchas controversias epistemológicas. En este capítulo abordamos la controversia básica sobre la consideración o no del psicoanálisis como ciencia. La crítica al estatuto científico del psicoanálisis viene defendida por los autores neo-positivistas, mientras que otros sitúan al psicoanálisis entre las ciencias de carácter histórico, posición que se ha nombrado como línea hermenéutica. Revisaremos los principales argumentos de una y otra posición, dejando para el *Capítulo 7* los puntos de vista actuales que intentan una solución intermedia que da respuesta a las cuestiones que interesan a la psicoterapia psicoanalítica.

Una de las características del psicoanálisis ha sido su doble condición de modelo fuertemente apegado a la ortodoxia respecto de las posiciones teóricas defendidas por su creador, y a la vez cuna de una amplia pluralidad de enfoques y variantes que constituyen su verdadera riqueza actual. Tras la muerte de Freud, se han ido desarrollando diferentes escuelas de pensamiento y práctica clínica. Subrayamos las que nos parecen las fundamentales: La Psicología del Yo, desarrollada fundamentalmente en Norteamérica; la escuela kleiniana, principalmente desarrollada por psicoanalistas británicos; la influencia del pensamiento de Jacques Lacan en Francia, y su pretendida «vuelta a Freud». También una amplia variedad de nuevas teorías psicoanalíticas, conexas a unas u otras de las líneas anteriores: La Psicología del Self (Heinz Kohut); La teoría de las relaciones objetales (Otto F. Kernberg); el pensamien-

to y estilo de trabajo desarrollado por los independientes británicos, que a partir de D.W. Winnicott suponen *de facto* una continuación de la Escuela de Budapest (de S. Ferenczi a M. Balint). Y además enfoques que tienen muy en cuenta el papel de las relaciones en la constitución de la subjetividad: el psicoanálisis relacional (S. Mitchell) y una de sus expresiones más actuales: la teoría intersubjetiva (R. D. Stolorow). Finalmente se deslindan ejes de desarrollo del psicoanálisis que han supuesto la apertura de otros enfoques, rubricados genéricamente como psicodinámicos y humanistas.

Asimismo se establecen las conexiones renovadoras que el psicoanálisis recibe de su diálogo con la investigación psicológica reciente, y se resumen las principales características conceptuales de las principales escuelas psicoanalíticas que serán desarrolladas en los capítulos siguientes.

OBJETIVOS

Al finalizar el estudio de este capítulo, el lector/a debería ser capaz de:

1. Conocer las líneas principales de desarrollo de los tratamientos psicoterapéuticos hasta finales del siglo XIX, entroncándolas con lo que representa la formulación de los conceptos psicoanalíticos. Cómo eran los tratamientos psicológicos antes y después del psicoanálisis.
2. Identificar los momentos y textos fundamentales en los que aparece el nuevo modelo de la mente y en consecuencia del tratamiento de los trastornos psicopatológicos.
3. Conocer los núcleos conceptuales que diferencian el nuevo enfoque. Diferentes sentidos del vocablo Psicoanálisis. Concepto de Inconsciente.
4. Comentar las controversias epistemológicas que han rodeado al psicoanálisis y su estatuto de ciencia. Diferenciar entre la visión hermenéutica y heurística del psicoanálisis. Ejes de la crítica positivista al psicoanálisis y argumentos de contestación a dicha crítica.
5. Describir cómo evoluciona el psicoanálisis en los inicios del siglo XX, y comentar las líneas de desarrollo que proponen los cuadros sobre la evolución de los autores y escuelas psicodinámicas.

1. INTRODUCCIÓN: LOS TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS ANTES DEL PSICOANÁLISIS

Hasta la aparición del psicoanálisis con Sigmund Freud y sus discípulos, el ámbito de los tratamientos psicológicos venía constituido por una mezcla, escasamente organizada, de procedimientos de origen mágico-religioso derivados de la antigüedad y el medioevo, con esfuerzos racionales para la comprensión del trastorno mental y su reeducación, aportados desde la influencia de la filosofía y medicina greco-romana y su crisol en el humanismo renacentista, a las que se unen finalmente prácticas de higiene y profilaxis psico-social, aportadas por la cultura judeo-árabe. Puesto que no es objeto de este capítulo hacer una revisión histórica detallada (*véase el capítulo anterior*) perfilaremos ahora un rápido retrato de la escena de los tratamientos en el último cuarto del siglo XIX.

Tras el *mesmerismo* y el interés por la electroterapia, poco se había avanzado a lo largo del siglo XIX respecto de las concepciones del tratamiento moral vigentes desde finales del XVIII; tan sólo la confirmación del potencial curativo transitorio de la *persuasión racional* y de la *sugestión*. En el último cuarto del siglo XIX, la *hipnosis* aparecía como la alternativa de futuro en los testimonios clínicos con los pacientes histéricos, aportados por Charcot y Gilles de la Tourette. Freud entrará en contacto con estas propuestas, y en especial con la de Charcot en París en 1885. Pero a su regreso a Viena, Freud irá más allá de la hipnosis, al develar sus insuficiencias, sentando las bases de un nuevo territorio terapéutico que denominó psicoanálisis. Este ámbito pasará a ser el eje conceptual de los demás tratamientos psicodinámicos, los cuales se irán derivando, bien como desarrollos del psicoanálisis, bien por diferencia con él. En este capítulo situaremos las bases conceptuales del Psicoanálisis, sus controversias epistemológicas, y sus principales líneas de desarrollo ulterior, hasta el esbozo de sus orientaciones contemporáneas.

2. HISTORIA DEL MODELO PSICODINÁMICO. LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS Y DE LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA Y SU REPERCUSIÓN EN LA PSICOTERAPIA

Los autores que han revisado los orígenes de la psicoterapia científica (Alexander y Selesnick, 1970; Foucault, 1972; Prévost, 1973; Ramzy, 1956; Roudinesco, 1988; Assoun, 1984) coinciden en señalar a Sigmund Freud como su iniciador, catalizador y renovador de las teorías y procedimientos de análisis de los síntomas físicos, y los conflictos y procesos psicológicos asociados vigentes hasta ese momento. Esta nueva *Psicoterapia* promueve la resolución o curación de los síntomas y procesos psicológicos alterados por procedimientos diferentes de los de la medicina, principalmente mediante el uso de la palabra, el recuerdo, la asociación, y también a través de la relación terapéutica. Más concretamente es la obra de Joseph Breuer y Sigmund Freud «Studien über Histerie» (*Estudios sobre la Histeria* [1895]) el punto de arranque de la psicoterapia contemporánea. A las contribuciones específicamente teóricas de Freud a la psicoterapia dedicaremos el capítulo siguiente.

Ellenberger (1976) establece que Freud trató probablemente a sus primeros pacientes basándose en las técnicas de *sugestión hipnótica* de Bernheim, mediante la *comprensión*, facilitándoles *apoyo* e incorporando las enseñanzas de Moritz Benedikt acerca de la segunda vida (la constituida por ensueños, deseos reprimidos y ambiciones conscientes). El primer sistema de psicoterapia freudiana aparece ya en los «Estudios sobre la Histeria», en el que Freud sigue una adaptación del **método catártico** de Breuer, quien a su vez lo tomó de Pierre Janet. Cuando Joseph Breuer (1842-1925) aplicó la técnica hipnótica en el caso Anna O. (Berta Pappenheim), completándola con estrategias asociativas y una particular manera de implicación en la relación terapéutica, ya nos encontramos ante la nueva forma de tratamiento: la Psicoterapia, que en este caso aparece suficientemente descrita en sus objetivos y procedimientos. Por su labor en este caso, y probablemente en muchos otros de los que no queda un testimonio tan documentado, Joseph Breuer, una figura escasamente estudiada hasta hace pocos años (Hirschmüller, 1989), debe ser considerado el iniciador de la psicoterapia contemporánea, aunque el movimiento psicoanalítico haya diluido esta influencia y la incorpore como propia.

Una serie de innovaciones de técnica o propósito se van incorporando. La utilización de la *relajación física* en el tratamiento psicoterapéutico, precursora de la técnica del diván, se inspiró en Weir Mitchell. Freud, que

además de sus dudas sobre la utilidad del método hipnótico, tenía dificultades para aplicarlo, pedía a sus pacientes que cerraran los ojos, se concentraran y relajaran, y en ocasiones colocaba una mano sobre la frente de los pacientes para «asegurar» la evocación de los recuerdos olvidados. En esa época, y trabajando de la manera descrita, Freud observaba una intensificación de los síntomas cuando la evocación se acercaba al *núcleo patógeno*, y detectaba la *resistencia* por la lentitud o parada de las *asociaciones libres*, resistencia que consideró posiblemente causada tanto por aspectos *internos* (del significado o función del *material* evocado) como *externos* (de la técnica o actitud del terapeuta). De esta forma Freud está ya ante el concepto de **transferencia**, que no formulará hasta más adelante (1912a).

En «La interpretación de los sueños» (1900), una obra clave en la teoría psicoanalítica, Freud ya expuso algunas indicaciones prácticas, que eran utilizables en el marco de la psicoterapia. Y en 1904, a petición de Loewenfeld, Freud describe su método terapéutico: el paciente se reclina en un diván, pero ya no cierra los ojos; el terapeuta se sienta detrás y no frente a él (para no inducirle), y ya no le pone la mano en la frente (para minimizar el efecto de la sugestión). El **método de la asociación libre** estaba ya claramente formulado: El paciente debía decir todo aquello que le viniese a la mente, sin importar lo absurdo, inmoral o penoso que pareciera. Freud en ese momento analizaba la resistencia mediante las lagunas y distorsiones del material, y empezaba a considerar objeto de interpretación las *parapraxias*, los actos sintomáticos y los sueños. Al año siguiente, en la exposición del Caso Dora (1905c) mostró el papel de la interpretación de los sueños en la psicoterapia, y se topó con la transferencia, «el mayor obstáculo para la curación», también la principal laguna de Freud en el tratamiento de Dora, como reconocerá en el comentario del «Epílogo» y las notas que añadió en 1923. La **contra-transferencia** y sus vicisitudes será aludida por vez primera en 1910 (*Perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*; 1910b), comenzando entonces a manifestarse la preocupación de Freud por la formación de los futuros psicoanalistas.

La publicación de «La dinámica de la transferencia» (1912a) marcó un hito en la formulación de la técnica, trabajo donde desarrolla el concepto de transferencia (entendida como ‘falsa conexión’ en la que se desplaza a la figura del terapeuta conflictos de relaciones pretéritas), distinguiendo entre transferencia positiva, negativa y ambivalente; Freud reconoce la transferencia como un fenómeno de la vida diaria, que se intensifica en el proceso del análisis. En esa misma época, preocupado especialmente por delinear claramente la técnica (1911c), Freud había afirmado que no era

necesario interpretar todos los sueños, y en otro escrito (1912b) introdujo el principio de la **atención flotante**, por la que el analista debe confiarse a su memoria inconsciente y avanzar en la exploración de los contenidos mentales del paciente sin una dirección pre-definida.

En 1914 describió el proceso de la **neurosis de transferencia** (Freud, 1915a), en la que todos los síntomas han reemplazado su significado previo dentro de una «enfermedad artificial», la neurosis de transferencia, la cual incluye tanto lo que dice el paciente como su conducta, una «neurosis» que puede ser curada. Al año siguiente, en «Observaciones sobre el amor de transferencia» (1915a), Freud efectúa precisiones sobre el manejo técnico de la transferencia, en la que el analista habrá de mostrar al paciente que el «amor de transferencia» es una forma de resistencia.

Freud intervendrá poco después (1919a) en su trabajo «Los caminos de la terapia psicoanalítica» para desaconsejar el uso de las técnicas activas, frente a las sugerencias de Ferenczi (véase *Capítulo 4*) de que el analista debía proporcionar gratificación emocional al paciente, si le era necesaria. Entonces Freud formuló la **regla de abstinencia**, criticando que los psicoanalistas se dedicasen a educar a los pacientes o a intervenir en temas que tocan los valores, como la religión o la filosofía.

En «Más allá del principio del placer» (1920g) reinterpretó el significado de la transferencia como la manifestación de la **compulsión a la repetición**. La formulación de la **teoría de las pulsiones** de vida y muerte (Eros y Tánatos) introducirá modificaciones en la técnica. El énfasis en el Yo hará girar el método de la exploración del **inconsciente** a la de las **defensas** del Yo. En este esquema, el Yo «siente» los impulsos inconscientes como amenazas, experimenta angustia, y se protege mediante un sistema defensivo. En su última etapa Freud aceptó que la angustia no podía ser eliminada por completo, y el análisis empezó a tener un papel más funcional al proceso de adaptación, como utilización de un sistema de defensas más adecuado y maduro frente a la angustia.

En «Análisis Terminable e Interminable» (1937c) Freud admitirá que ciertos tratamientos deben terminarse tras varios años, mientras que otros deben llevarse a cabo, intermitentemente, durante toda la vida. Freud, en esta época final de su vida, parece mostrarse pesimista con el psicoanálisis *en cuanto método terapéutico*, considerándolo fundamentalmente una ciencia del inconsciente. Las posibilidades de la terapia psicoanalítica, tan idealmente concebida en su alcance inicial, estaría limitada por numerosos factores (biológicos, carácter constitucional de los impulsos, debilidad del Yo, pulsión de muerte), y habría ciertos temas difícilmente accesibles para el análisis o inicialmente mal enfocados

(entre ellos, la supuesta «envidia» femenina del pene, la concepción de la homosexualidad como perversión, la débil capacidad para la sublimación). En un trabajo póstumo («Esquema del psicoanálisis» (1938[1940a]) Freud subrayó que el resultado final del tratamiento dependía del equilibrio entre las fuerzas que el analista y el paciente son capaces de movilizar a su favor y las que se les oponen. Unas fuerzas que expresan su dinámica en la relación terapéutica, aspecto que será desarrollado por numerosos autores postfreudianos (véase Capítulo 7).

Así pues, la principal novedad del método de Freud radicó inicialmente en la superación del método hipnótico, mediante la propuesta de un nuevo método, la asociación libre, que permitía el acceso a la conciencia de contenidos inconscientes, fenómeno facilitado por la transferencia y su análisis. Ellenberger (1976) clarificó las diferencias entre la hipnosis y el psicoanálisis (véase Cuadro 1), diferenciando ambas prácticas. Y aunque el psicoanálisis volverá a utilizar la hipnosis a mediados de los años cincuenta (p. ej., L. Wolberg, M. Gill) ya no será nunca su método principal, sino una técnica meramente auxiliar, utilizada además en el contexto de la psicoterapia de tiempo y objetivos limitados.

El psicoanálisis surgió pues como una superación de las técnicas hipnóticas, y en especial como recurso idóneo para afrontar el tratamiento de las histerias. Probablemente casi ninguno de los recursos técnicos del psicoanálisis, tomados aisladamente, supuso una especial novedad. El alivio de los secretos penosos mediante su confesión verbal, la exploración de los deseos frustrados, la mejoría de los síntomas mediante la toma de conciencia de sucesos y contenidos, todo ello era ya conocido. El mismo concepto de transferencia tiene claros antecedentes en Pierre Janet. La asociación libre evoca las técnicas de pensamiento espontáneo. Incluso la confluencia de asociación libre y atención flotante apareció descrita incidentalmente en 1908 en la biografía de Francis Galton. Pero la singularidad del psicoanálisis como método terapéutico radicó en la conjunción de todos estos elementos puestos en relación con una teoría del psiquismo (la psicoanalítica), y con un propósito terapéutico, que se da en la experiencia singular que cada analista y cada paciente recorren juntos en un proceso con un objetivo básico: *hacer consciente lo inconsciente*, fórmula que describe el primer modelo psicoanalítico de curación. Un modelo que evolucionaría después hacia otro en el que se da mayor relevancia a la maduración y mejor estructuración psicológica y capacidad funcional del individuo (a través del concepto de Yo), así como a una serie de variantes que se desarrollan en las diferentes escuelas psicoanalíticas. Uno y otros dan plena legitimidad a la capacidad terapéutica del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica.

Cuadro 1. Comparación entre la Hipnosis y el Psicoanálisis	
Hipnosis	Psicoanálisis
Situación: El paciente está sentado en un sillón de relajación, el hipnotizador está enfrente.	Situación: El paciente está recostado en el diván. El analista está sentado tras él/ella o al lado, viéndole, sin ser visto.
Instrucciones preliminares: Se le explica al paciente cómo va a ser hipnotizado.	Instrucciones preliminares: Se explica al paciente la regla básica: la asociación libre.
Primeras sesiones: El paciente aprende a ser hipnotizado.	Primeras sesiones: El paciente enfrenta (y supera) su dificultad para la tarea que pide la regla básica de asociación
Período más avanzado de sesiones: El paciente descubre capacidades desconocidas, nuevos papeles, recuerdos latentes.	Período más avanzado de sesiones: Liberación del proceso de asociación, evocación de recuerdos y fantasías fragmentarias, aparece una imagen distorsionada del analista en la transferencia.
Regresión hipnótica de edad (el paciente retrocede progresivamente en la evocación de recuerdos y escenas pretéritas).	Regresión emocional y conductual al funcionamiento característico de estadios precoces (pre-edípicos o no).
Sugestiones hipnóticas (similares al Magnetismo de Mesmer) en las que el terapeuta induce ilusiones en el paciente, a quien tiene bajo control.	Interpretaciones que el paciente puede aceptar o rechazar conscientemente. El insight implica una elaboración integrada de significados personales.
Resistencia al progreso de la hipnosis, que perturba la hipnosis y la anula.	Resistencia al contenido de los conflictos, susceptible de ser analizada.
Relación terapeuta-paciente: Usada en lo real como elemento terapéutico.	Transferencia: Fenómeno que hace posible el análisis, y que se maneja técnicamente.
Terminación del tratamiento: La dependencia hipnótica dificulta la terminación. El sujeto necesita seguir usando la hipnosis para continuar disponiendo <i>reactivamente</i> de los efectos terapéuticos.	Terminación del tratamiento: Se analiza la Neurosis de Transferencia y se elabora la ansiedad de separación que caracteriza la fase de terminación, para promover un sujeto autónomo, <i>proacti-</i>

(Modificado a partir de H.E. Ellenberger, 1976, p. 605)

Cuadro 2. Autodescubrimiento y Curación: ¿Dos finalidades del Psicoanálisis?

Assoun (1984b) ha destacado que Freud, al afrontar los límites de la técnica hipnótica y de la catarsis se encuentra ante la evidencia de afrontar *un tratamiento por el lenguaje*. En opinión de Assoun, es la propia lógica representativa del deseo la que obliga a Freud a «renunciar a la intervención sobre el cuerpo para trasladarse al terreno del ‘dejar hablar’». Así va a nacer el *contrato psicoanalítico*, en el que se reúnen dos condiciones:

- a) El analista escucha, según la regla de la atención parejamente flotante (*Gleichschwebende Aufmerksamkeit*)
- b) El analizado cumplirá la regla fundamental (*Hauptregel*) de comunicar todo aquello que le viene de improviso a la mente.

Mediante la *experiencia personal* de Freud en su *autoanálisis* se producen los principales descubrimientos técnicos. La teoría psicoanalítica sirve entonces para comprender la dinámica de la «cura». Dice Assoun «Sin la teoría, el choque de la cura sería literalmente insoportable (‘sin lo cual, yo no tengo interés’ confiesa Freud); sin la cura, la teoría analítica sería hueca» (Assoun, 1984b; p. 187). Los conceptos técnicos van a derivar de la comprensión de las vicisitudes de la cura; p. ej., la Transferencia y la Resistencia, fenómenos que son reactualizados incesantemente en la cura, y que Freud describe como fenómenos *naturales*, inherentes a toda relación humana:

- La Resistencia como efecto de la evitación del acceso a la conciencia de contenidos inconscientes reprimidos.
- La Transferencia como repetición de prototipos de relación infantil con las figuras parentales, transfiriendo sobre la persona del analista afectos originalmente dirigidos a dichas figuras parentales.

Freud formuló inicialmente estos fenómenos como obstáculos, y más tarde los reconocerá como elementos técnicos necesarios para la *cura*, reformulándolos hasta la articulación de los fines de la cura en tres etapas: *recuerdo, repetición y elaboración*; etapas que el sujeto en análisis recorre respecto de sus resistencias. El sentido de la cura quedaría reflejado en el obstáculo, condición misma del «advenimiento para el sujeto de *su verdad*» (la transferencia).

En Freud hay un nexo constante entre *explicación* (determinación de lo etiológico) y *cura* (acción terapéutica). De Freud pues, surgen dos opciones psicoterapéuticas, no necesariamente excluyentes entre sí:

- a) La exploración del inconsciente, como proceso de autoconocimiento y búsqueda personal, que puede tener una finalidad terapéutica, o no.

- b) La redistribución y reajuste del papel adaptativo de las defensas al servicio del Yo, que permite el logro de una adaptación exitosa a la vida social.

La primera vía será tomada principalmente por la llamada *Escuela Inglesa* (véase Capítulo 6), que privilegiará en su método la exploración de las fantasías inconscientes a través de la interpretación de la transferencia. Más tarde, la *vuelta a Freud*, que protagonizan autores como Jacques Lacan (véase Capítulo 7), revisará esta cuestión en un sentido más trascendental: el análisis como oportunidad de advenimiento del Sujeto.

La segunda vía, la más claramente constitutiva de una psicoterapia psicoanalítica, será propugnada por la *Psicología del Yo* (véase Capítulo 5), particularmente por sectores del psicoanálisis norteamericano, quienes velarán por establecer criterios de mejoría y curación de síntomas, trastornos y ajuste. El pensamiento freudiano influyó notablemente en la psicología norteamericana a través de G. Stanley Hall y William James. Las conferencias que Freud pronunció en la Universidad de Clark en 1909 marcaron un hito importante en la penetración del psicoanálisis en los Estados Unidos.

Desde la formalización de la teoría y técnica psicoanalítica, un proceso ya culminado hacia 1912, y completado en la década siguiente, y en especial tras la muerte de Freud en 1939, el psicoanálisis entra en un fecundo período de expansión y diversificación de escuelas y perspectivas, de las que daremos cuenta sumariamente en el último apartado de este capítulo, y que serán desarrolladas más ampliamente en los *Capítulos 4 a 8*.

3. NÚCLEO CONCEPTUAL DEL PSICOANÁLISIS

Freud expuso con claridad en tres pequeños artículos, llamados «de enciclopedia», lo que es el psicoanálisis. En ellos hizo fundamentalmente una historia del recorrido del psicoanálisis hasta esa fecha y lo explicó en forma muy sintética. Escribió estos artículos respectivamente en 1922, 1923 y 1926. De ellos el más famoso y citado es el primero (Freud, 1923a), titulado precisamente *Dos artículos de enciclopedia: «Psicoanálisis» y «Teoría de la libido»*. Con la definición nos topamos de golpe en el primer párrafo:

Psicoanálisis es el nombre: 1) de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; 2) de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación, y 3) de una serie de intelecciones psicológicas, ganadas

por ese camino, que poco a poco se han ido coligando en una nueva disciplina científica. (Freud, 1923a, Am. Eds. Vol. XVIII, p. 231)

Freud deja claro que para él, 1) el psicoanálisis es un método psicológico de investigación, no experimental, sino clínico; 2) un tratamiento para un determinado grupo de trastornos mentales, las *neurosis* y 3) que el psicoanálisis tiene aspiraciones de tener un estatuto científico. En el mismo texto, un poco más adelante, nos indica cuáles son los pilares básicos de la teoría psicoanalítica:

El supuesto de que existen procesos anímicos inconscientes; la admisión de la doctrina de la resistencia y de la represión; la apreciación de la sexualidad y del complejo de Edipo: he ahí los principales contenidos del psicoanálisis y las bases de su teoría, y quién no pueda admitirlos todos no debería contarse entre los psicoanalistas (Ibídem, p. 243).

Los otros dos textos antes mencionados (Freud, 1923c y 1926d), insisten y amplían lo dicho antes, y es de notar que fueron publicados originalmente en inglés. El primero, para la empresa norteamericana *Encyclopaedia Britannica Publishing Co.* y, el segundo, que no debe confundirse con el anterior (como hace E. Jones, el biógrafo oficial de Freud), se le pidió al mismo Freud para la propia *Enciclopedia Británica* en su decimotercera edición, y que los lectores de hoy en día aún pueden consultar, inalterado, en la edición más reciente.

Estos conceptos que dan cuenta de qué es lo fundamental del psicoanálisis para su fundador, y para la gran mayoría de los psicoanalistas actuales, serán el objeto de nuestro estudio en el capítulo siguiente.

4. CONTROVERSIAS EPISTEMOLÓGICAS

El psicoanálisis ha despertado muchas dificultades epistemológicas que podemos resumir afirmando que la controversia básica en cuanto a la consideración del mismo como ciencia es la oposición entre la **línea positivista** y la **línea hermenéutica**. Uno de los tópicos contemporáneos más recurrentes ha sido el cuestionamiento del estatuto epistemológico psicoanalítico (Ávila, 1994), con partidarios apasionados por uno y otro lado. Aunque actualmente no parece haber un acuerdo general sobre los requisitos que debe cumplir una disciplina para asegurarse su estatuto científico.

En respuesta al ataque masivo de los epistemólogos y psicólogos positivistas y neopositivistas (Eysenck, Skinner, Nagel, Popper, Bunge, y más recientemente Grünbaum) muchos psicoanalistas adoptaron una acti-

tud de ignorancia frente a esos argumentos, y se refugiaron en la perspectiva que ofrecían Habermas y Ricoeur (como filósofos de la corriente hermenéutica) y George Klein, Merton Gill y Roy Schafer, entre los psicólogos más representativos de la visión hermenéutica, donde prima la búsqueda del sentido más que el hallazgo de la causa. Esta visión del psicoanálisis continúa teniendo hoy en día, muchos partidarios. Pero las dificultades de fondo siguen estando en discusión, en línea con la crítica positivista más reciente, la de Grünbaum, para quien la evidencia empírica que se extrae de la situación analítica no parece suficiente para asegurar lo científico de la práctica psicoanalítica.

4.1. Las críticas positivistas

Podemos resumir lo principal de cada antagonista en un cierto orden cronológico. Las primeras críticas importantes no vinieron de los epistemólogos, sino de los adversarios psicológicos representantes de escuelas diferentes. Primero fue Eysenck y luego Skinner. Veamos primero al inglés y luego al norteamericano.

La crítica de Eysenck hay que centrarla sobre todo en el aspecto de la eficacia terapéutica del psicoanálisis. No se trata de una crítica epistemológica en sentido estricto, sino clínica. Antes de la crítica de Eysenck, no había prácticamente nada en cuanto a evaluación rigurosa de la eficacia terapéutica, y en lo poco de que se disponía (meros estudios descriptivos) existía bastante confusión: Los trabajos de Otto Fenichel en el Instituto de Berlín (Fenichel, 1930), otro estudio en la Sociedad Británica del Psicoanálisis que apareció en un libro en 1940, con el título *Una investigación sobre la técnica del psicoanálisis* (Glover, 1955), y en EEUU, la investigación de Alexander y French (1945), en relación a la Psicoterapia Breve. Y poco más. Así, cuando Eysenck (1952) publicó su trabajo provocó una gran convulsión. Los detalles de esta polémica, y las respuestas a su crítica, son descritos en el *Capítulo 14*.

El mérito que tuvo la crítica de Eysenck fue el estimular la investigación empírica de la psicoterapia psicoanalítica, llamando la atención sobre el fenómeno de la «curación espontánea». Y no considerar sólo los resultados directos, sino también las variables individuales mediante controles caso a caso. El inventario final de su crítica podría resumirse en: *a)* Las conclusiones psicoanalíticas se fundamentan en datos que no merecen confianza. *b)* Los datos psicoanalíticos prejuzgan los resultados. *c)* Los psicoanalistas generalizan en exceso sus resultados. *d)* También aplican sus principios a fenómenos sociales generales. *e)* Si se emplean las hipótesis freudianas en las investigaciones, no se intentan comprobar

esas hipótesis, sino demostrar ideas preconcebidas. Eysenck y seguidores, desde la posición más psicofisiológica o biologicista experimental y positiva, manifiestan que el psicoanálisis, como teoría y como técnica, permanece entre las pseudociencias.

Aunque formulada también desde el positivismo, y desde una orientación contraria al psicoanálisis, (el conductismo), la crítica de Burrus F. Skinner (1956) es de una calidad epistemológica superior a la de Eysenck. La lleva a cabo desde el punto de vista de la psicología científica, la psicología del aprendizaje, y no desde la filosofía de la ciencia, aunque ambas tienen muchos puntos en común.

El centro de la crítica de Skinner lo constituye su propio cambio radical de enfoque, su punto de partida, radicalmente distinto al de Freud, a la hora de estudiar la conducta. Por lo tanto se trata de una escuela psicológica enfrentada a otra, y tratando de sustituirla. El núcleo central de la crítica al psicoanálisis freudiano es su mentalismo.

Cuadro 3. La crítica de Skinner al Psicoanálisis

Para Skinner hay dos posibilidades de concebir el aparato mental: 1) Bien como un sistema de entidades reales que existen dentro de un sujeto (lo que resulta altamente rechazable, pues no es directamente observable y no hay manera de establecer su existencia). 2) Bien como un aparato puramente conceptual, con constructos hipotéticos y conceptos teóricos para acotar los fenómenos de la conducta. Esta segunda posibilidad es más factible, siempre y cuando haya material empírico que permita postular estas entidades hipotéticas. Como esta segunda posibilidad es la que va a considerar para el psicoanálisis, a continuación va a centrar su crítica para demostrar su imposibilidad, y por lo tanto el rechazo de toda hipótesis que tenga que ver con la formulación de un hipotético aparato mental. La crítica la podemos resumir en los puntos siguientes: a) El primero es de índole muy general y de contenido filosófico: La relación mente-cuerpo, organismo y aparato mental. Este último no explicaría las conexiones de ambos, por lo que, según Skinner, nos conduce al mito del «fantasma en la máquina» (*Ghost in the machine*), fuente de profundos errores categoriales. b) Utilización de términos vagos y de metáforas arbitrarias que impiden cualquier intento de precisión conceptual (Yo, Ello, Superyo, catexia, sublimación, etc.). Esta vaguedad conceptual trae como consecuencia la construcción de hipótesis no contrastables, y a partir de ahí pseudoexplicaciones *ad hoc* y el advenimiento de una teoría pseudocientífica. c) Rechazo del modelo de explicación psicoanalítica de la conducta, al buscar las últimas



causas en la mente o dentro del organismo y no en la naturaleza de las variables medioambientales, que son las auténticas y genuinas variables para Skinner. *d)* Las probabilidades de ocurrencia de una conducta jamás son representadas adecuadamente, y en vez de representarlas en forma cuantificable, Freud escogió términos como «libido», «catexis», «volumen de excitación», etc. *e)* Freud supone que los datos de autoconciencia son diferentes a los datos sensibles y comunes, siendo aquellos mentales o no-físicos y éstos físicos. Para Skinner es un error, pues ambos son de la misma naturaleza. Así no es necesaria la división entre «consciente» e «inconsciente». Además el psicoanálisis construye sus términos de tal manera que los convierte en no cuantificables. Es imposible medir la «energía psíquica» o el «nivel de angustia».

Posiblemente Skinner hizo una mala asimilación de los escritos freudianos, realizó una lectura muy sesgada, o incluso no efectuó la lectura misma. En la obra de Freud hay multitud de textos, que podríamos llamar epistemológicos, donde escribe exactamente lo contrario que afirma Skinner. Si hay escritos que parecen excesivamente «mentalistas», es sobre todo desde un punto de vista metodológico, no epistémico. Freud nunca consideró el dualismo cartesiano cuerpo-mente. Algunas críticas de Skinner tienen justificación, como lo que se refieren a la imposibilidad de la cuantificación. Pero sobre esta crítica, como la anterior de Eysenck, se está trabajando a partir de nuevos métodos de investigación.

Skinner, en definitiva, enmarca su crítica desde la posición apriorística de que el positivismo es el único saber científico, y con esa base doctrinal, de naturaleza inductivista, ambientalista y reduccionista, llevó a cabo su crítica, dando por hecha la validez de su propio sistema. El conductismo radical skinneriano, hoy en día, ha perdido algo de importancia, pues su modelo de «caja negra», no sólo excluía lo mental, sino incluso también lo fisiológico.

La crítica del psicoanálisis desde la recién bautizada *filosofía de la ciencia* se inaugura con Nagel (1959). Con Eysenck y Skinner nos encontrábamos con críticas descaradamente interesadas (escuelas rivales) y por tanto susceptibles de ser excesivamente sesgadas. De hecho, hoy en día, ya no se esgrimen las razones de ambos contra el psicoanálisis. Pero con Nagel, estamos ante la crítica «seria» y desapasionada de la teoría de la ciencia, de la metaciencia: la epistemología, y en concreto del *positivismo lógico o neopositivismo*. Nagel coincide con el positivismo clásico en el rechazo frontal a la metafísica, afirmando que la única fuente de la ciencia es el empirismo, pero su propuesta ya no es tan rígida como se

proponía en el siglo XIX. Carnap, Morris, Quine y Nagel, entre otros, son sus principales representantes, y en realidad los iniciadores de la llamada desde entonces «filosofía de la ciencia». Este movimiento, iniciado en Europa, corrió suerte parecida al psicoanálisis con el ascenso de Hitler al poder, y muchos de sus partidarios murieron o tuvieron que emigrar hacia EEUU.

El principio del debate sobre la científicidad del psicoanálisis se puede fijar en 1958, en ocasión de un *Symposium* dirigido por Hook. La pregunta básica planteada en ese *Symposium* fue: ¿Es científica o no la teoría psicoanalítica? La teoría de la ciencia allí dominante (el positivismo lógico) se impuso en forma total como criterio de demarcación de lo científico, y gran parte de los filósofos de la ciencia allí reunidos declararon que el psicoanálisis no podía considerarse una disciplina científica (Hook, 1959; Nagel, 1959). Justo desde ese momento se originó lo que Blight (1981) denominó la *retirada hermenéutica del psicoanálisis*, probablemente determinada por la decepción sufrida ante tal rigidez epistemológica. El veredicto epistemológico de ese *Symposium* tenía buenas razones para ser formulado en tal forma, pues en EEUU, lugar del congreso, el psicoanálisis, representado por la *Psicología del Yo*, había traspasado ciertos límites en su intento de convertirse en ciencia natural, empírica y basada en la observación. Siguieron demasiado literalmente la opinión de Freud, llevando a cabo una excesiva sofisticación del lenguaje metapsicológico (que se derivaba de la segunda estructuración de Freud del aparato anímico), hasta casi convertirse en una jerga indescifrable y sólo manejable por unos pocos elegidos.

Cuadro 4. Las objeciones de Nagel al Psicoanálisis y la respuesta de Edelson

Nagel (1959) planteó dos grupos de objeciones al psicoanálisis. El primer grupo tiene que ver con la estructura lógica y el contenido empírico de la teoría psicoanalítica (la *metapsicología*). El segundo grupo con la evidencia para fundamentar la teoría y las dificultades metodológicas. Para cada uno de los grupos señala varios problemas y dificultades.

Algunos de los problemas planteados en el *primer grupo* son: a) La teoría psicoanalítica no satisface los requisitos esenciales para ser capaz de validación empírica. b) El lenguaje de la teoría psicoanalítica es vago y metafórico y aunque Nagel no está en contra de las metáforas en la ciencia, piensa que las psicoanalíticas no tienen contenido específico y pueden ser llenadas con la fantasía de cualquiera. c) Los conceptos teóricos son ambiguos e imprecisos, por ejemplo, la división de la mente en Ello, Yo y Super-



yó. *d)* Por último, Nagel reprocha a Freud lo mismo que Skinner, la postulación del «fantasma en la máquina».

Las dificultades en el *segundo grupo*, que tiene que ver con las evidencias que fundamentan la teoría y los problemas metodológicos acarreados, son las siguientes para Nagel: *a)* No es posible precisar la medida en que los prejuicios del psicoanalista determinan de antemano las interpretaciones de los datos clínicos. Al tener las sesiones carácter privado, se impide la comprobación por parte de otros investigadores. Este argumento, aunque formulado de otra manera, lo volverá a retomar Grünbaum, colocando ahí el fallo epistémico definitivo del tratamiento psicoanalítico. *b)* Incoherencia de las interpretaciones con los datos ofrecidos por el paciente. Se pueden construir otras hipótesis con los mismos datos, y de hecho, los diagnósticos pueden ser diferentes de un médico a otro. *c)* La situación terapéutica no ha brindado siempre resultados exitosos. Nagel, para esto, se basa en el informe de Denker, el mismo en que se basó Eysenck. *d)* Suposición infundada de que un conflicto reprimido en el inconsciente permanece inalterado, al margen de las experiencias posteriores.

Edelson llevó a cabo una contracrítica a los argumentos de Nagel. Para Edelson (1984), el positivismo lógico defendido por Nagel, representa el primero de los tres momentos en que lo científico del psicoanálisis se ha puesto en duda (El segundo momento lo representa el racionalismo lógico de Popper, y el tercer momento el inductivismo eliminativo de Grünbaum).

Edelson hace hincapié en que el positivismo lógico no puede pretender la evidencia de sus hipótesis a partir de la *inducción enumerativa*. Según ésta, toda observación favorable a una hipótesis, la confirma, y cuanto mayor es el número de observaciones favorables a la hipótesis, mayor es su grado de confirmación empírica. Pero tanto Edelson (1984, p. 2) como Coderch (1989, p. 31) nos advierten que este razonamiento es necio e insostenible científicamente, pues las hipótesis están sobredeterminadas, y los mismos hechos pueden ser explicados por un número indefinido de hipótesis.

Coderch piensa que el fallo puede provenir desde los psicoanalistas que pueden caer fácilmente en la ilusión (provocada por el positivismo lógico y el *inductivismo enumerativo*) de que sus observaciones clínicas, con las que creen verificar sus hipótesis, cumplen todos los requisitos para la validación empírica. La cantidad de observaciones clínicas que puede efectuar el psicoanalista es enorme. Y debido al reducido número de pacientes con que trabaja, puede utilizar preferentemente el método inductivo, que se remonta de la parte al todo, o de lo singular a lo general. El método inductivo se diferencia con claridad del deductivo en lo siguiente: En una inferencia deductiva, la conclusión se deriva *necesariamente* de las premisas, la verdad de las premisas garantiza la verdad de la conclusión. Pero en un



razonamiento inductivo, las premisas hacen *más probable* la conclusión, pero sin tener necesidad de abocarnos a ella inevitablemente. En resumen, en un método no deductivo (como lo es el inductivismo enumerativo), la verdad de las premisas —una cuestión que ya es de por sí difícil de establecer en psicoanálisis— no garantiza la verdad de la conclusión.

La crítica de la teoría psicoanalítica puede únicamente ser evaluada si conocemos qué versión o afirmación de tal teoría es objeto de crítica. «Ni siquiera Freud ha proporcionado una específica que sea la candidata para que tales pruebas o revisiones... Uno siempre puede preguntar ¿A qué teoría de Freud se refiere usted?» (Edelson, 1984, p. 13).

Nagel ha efectuado una doble exigencia al psicoanálisis: que sea susceptible de validación empírica masiva y que reformule sus proposiciones en lenguaje operativo, testable, predecible y cuantificable. No es de extrañar que ante tal disyuntiva, los psicoanalistas, o cedieran a esa concepción tan reduccionista de la ciencia, o abrazaran, como así pasó para muchos, la visión hermenéutica.

Otros epistemólogos importantes, críticos del psicoanálisis, son Popper (1983, 1995) y Bunge (1969). Pero a efectos de este apartado podemos resumirlos conjuntamente en el sentido de que basaron sus críticas en una muy deficiente lectura y comprensión de los escritos psicoanalíticos. Lo que a Popper le interesaba era rechazar el inductivismo como criterio de demarcación de la ciencia, para imponer el suyo propio: La *falsabilidad* de las teorías. Y para ello utilizó al psicoanálisis (y al marxismo) porque le vino muy bien, pues eran teorías que habían demostrado su resistencia al método inductivo. En cuanto a Bunge, su interés es proclamar, para la Psicología, que el verdadero, genuino y científico modelo de ciencia es la Psicobiología. El auténtico enfoque monista, totalmente científico, que elimina cualquier dualismo cuerpo-mente. Lo único que interesa es la relación del sistema nervioso central con el resto del cuerpo, y esa es la única posibilidad de ciencia para la psicología. El psicólogo verdaderamente científico debe dedicarse a la investigación de los procesos cerebrales, a la neurofisiología.

¿Sabrá Bunge que por ahí empezó Freud? Y que si abandonó ese camino era porque le parecía demasiado lento. Freud siempre afirmó que cuando la *psique* pudiera entenderse en los términos que posteriormente proclamaría Bunge, el modificaría sus concepciones para encajarlas con los hallazgos de la biología. Puede que Bunge tenga razón, pero hasta que alcancemos el dominio absoluto del cerebro humano, ¿que hacemos con los pacientes? Y no nos referimos al psicoanálisis, sino a la psicoterapia en general.

Los argumentos de Bunge parecen prejuiciados, dogmáticos y producto de su visión particular de la ciencia: el empirismo a ultranza, unido al monismo reduccionista en psicología. Si algo podemos decir en descargo de Bunge, es que debido quizás a su interés panorámico por todo el vasto campo científico en general, se pudo producir en él un efecto de desinterés por ciertos campos parciales del saber, como el psicoanálisis. Pero eso no le exime de haberse procurado fuentes de información más sólidas o colaboradores formados en psicoanálisis.

4.2. La posición hermenéutica

La posición hermenéutica del psicoanálisis es una consecuencia de la división epistemológica establecida por el positivismo, más que una actitud personal de algunos psicoanalistas acosados por las críticas contra el carácter científico del psicoanálisis (Bligh, 1981). Para el positivismo, como ya vimos, sólo las proposiciones empíricamente verificables pueden ser verdaderas o falsas, y por tanto, incluidas en el lenguaje científico. Como las proposiciones psicoanalíticas básicas no se pueden verificar ni falsar, no se puede hablar de ciencia para el psicoanálisis. Entonces, basándose en que los síntomas neuróticos tienen un *sentido* para el sujeto y a pesar de que Freud habló repetidamente de ciencia natural para el psicoanálisis se estableció que no era tal, sino una ciencia hermenéutica. Esto es, el psicoanálisis estaría ubicado en un ámbito diferente al de las ciencias naturales, ámbito donde lo que se busca son *razones* que tengan validez para el sujeto, y no las *causas* que expliquen su conducta. Las ciencias naturales se definen por la utilización del método científico, y las ciencias humanas o culturales, como el psicoanálisis, por el método hermenéutico. Los partidarios de esta visión del psicoanálisis ven en el diálogo psicoanalítico la experiencia de lenguaje en que se basa el método hermenéutico, dentro del cual se construye la verdad para el sujeto. Esta versión, en definitiva, sostiene la división epistemológica entre ciencias naturales y ciencias humanas, inclusive con una teoría de la causalidad diferente: la causalidad de la naturaleza frente a la «causalidad de destino» (que quiere decir que, en psicoanálisis, las causas son específicas e individuales, ligadas a la historia y a las experiencias anteriores del sujeto, sin que sean válidas por sí mismas). No interesan tanto los hechos verdaderos o falsos como el sentido que tienen para el sujeto y la verdad que construye con ellos. Para los partidarios de esta posición, el psicoanálisis, al utilizar un método interpretativo, se aproxima a las *disciplinas exegéticas* (donde interesan relaciones de sentido entre objetos y motivos) y a las *disciplinas históricas*. La labor a efectuar en la sesión con el paciente, que

propone su propio texto (su relato verbal), es la de efectuar la búsqueda de su sentido.

La práctica totalidad de la corriente hermenéutica rechaza o desecha, por su inutilidad, la **metapsicología** y teoría pulsional psicoanalítica, y se vuelca en la construcción de una teoría exclusivamente clínica, escapando así a la crítica epistemológica empirista y dejándola fuera de juego (o intentándolo al menos). De hecho, la versión hermenéutica del psicoanálisis es casi sinónimo de ataque a la metapsicología. La metapsicología, para los hermeneutas, se encuentra hermanada con las explicaciones fisicalistas o energetistas de la conducta, y como éstas desembocan, en última instancia, en una determinación neurofisiológica o biológica, se descentra de lo que se pretende que sea un dominio más propiamente psicológico.

Podemos considerar a J. Habermas y a P. Ricoeur, ambos pertenecientes al campo de la filosofía más que al del psicoanálisis, como los estandartes de la visión hermenéutica del psicoanálisis. Aunque gran parte de sus intereses pertenecen a otras variadas esferas, algunas de sus concepciones han calado profundamente en el mundo psicoanalítico, y han servido para sustentar la «retirada hermenéutica» de muchos profesionales, ante su imposibilidad de satisfacer los requerimientos del empirismo positivista.

La obra más importante de Habermas para nuestro propósito es *Conocimiento e Interés* (Habermas, 1982). De ahí se extrae la expresión «automalentendido cientificista». Según Habermas, Freud, como autor, habría caído reiteradamente en este automalentendido cientificista. Para Habermas, Freud con las explicaciones metapsicológicas, a las que no niega su valor puesto que el psicoanálisis necesita una teoría explicativa para su trabajo clínico, se malentendió a sí mismo como autor. Sin embargo el reproche de automalentendido cientificista es muy arriesgado, pues es difícil que alguien comprenda una obra mejor que el autor mismo. Resulta delicado afirmar que alguien capte el sentido de los textos freudianos mejor que Freud mismo. Otra cosa es que tomando los textos de Freud como objeto, nos encontremos hoy en día mejor colocados que él para encuadrarlos epistemológicamente.

El esquema hermenéutico de Habermas queda confirmado claramente por el acercamiento del psicoanálisis a las ciencias humanas, en especial a la filología, donde se privilegia la interpretación y el sentido de los textos. De hecho, Habermas (1968) presenta al psicoanálisis como una hermenéutica que se atiene al modelo filológico que utiliza el *fenomenólogo*, y así se consolida como una tecnología particular, al captar en las

acciones y expresiones aparentemente discordantes del neurótico, una intención, un sentido y un significado inconscientes.

Paul Ricoeur es el otro gran responsable del giro hermenéutico en el psicoanálisis. Su obra pertinente en este sentido es *Freud. Una interpretación de la cultura* (Ricoeur, 1970) donde ha llevado a cabo un trabajo lúcido, riguroso y honesto para fundamentar epistemológicamente el psicoanálisis en una tendencia metateórica. Definió el psicoanálisis como una disciplina hermenéutica, en la cual lo fundamental es la labor de interpretar textos, en este caso, verbales. Para Ricoeur, el problema epistemológico central es superar el energetismo por medio de la hermenéutica, pues los escritos de Freud, en una primera mirada, pueden aparecer como un discurso mixto, e incluso ambiguo, donde lo mismo se enuncia un conflicto de *fuerzas energéticas* que se descubren relaciones de *sentido*. Pero ello no quiere decir que el psicoanálisis se oponga a ser tratado empíricamente en determinados aspectos de su teoría o de su práctica. Con todo Ricoeur insiste en que no es lo mismo prestarse a una valoración empírica, que hacer posible la contrastación de una interpretación formulada a un paciente, la cual siempre se relaciona con la «semántica del deseo» (radicalmente distinta de la verificación de la probabilidad de un hecho observable por los órganos de los sentidos).

Junto a la tendencia representada por Habermas y Ricoeur, la otra tendencia de la visión hermenéutica es clínica y está representada en su origen por una serie de psicoanalistas norteamericanos. La controversia actual en la literatura psicoanalítica norteamericana enfrenta a quienes ven al psicoanálisis como una disciplina fundada en las ciencias naturales, y quienes lo ven como un «estudio humanista de los significados personales arraigados en formulaciones intencionales subjetivas» (Goldsmith, 1993). Esta segunda visión es la que corresponde a la hermenéutica psicoanalítica, y a ella pertenecen teóricos tan brillantes como George Klein (1976), Roy Schafer (1976) y Merton Gill (1978). A todos ellos les une el mismo origen (proviene de la tradición de la Psicología del Yo, de la que se convirtieron en críticos) y un mismo objetivo: rechazar el viejo andamiaje de la metapsicología freudiana y demás metateorías.

Por citar el ejemplo más representativo en la actualidad, según G. Klein (1976) se puede hablar de coexistencia de dos marcos de referencia, incompatibles entre sí, en el pensamiento freudiano: por un lado la teoría clínica (que habla de intenciones, fines, propósitos y estados internos que dan sentido a la conducta) y, por otro lado, la metapsicología, que con raíces en la neurofisiología decimonónica, intenta establecer «un modelo mecanicista y determinista, propio de las ciencias naturales, para la psique humana». Ante esa doble faz del psicoanálisis, Klein describe

como anacrónico el enfoque metapsicológico y afirma que simplemente debe ser desechado. De esta forma se eliminaría toda alusión a «energías» o pulsiones, y especialmente las descripciones psíquicas en términos del modelo estructural de *El yo y el ello* (Freud, 1923), pues se trata de «entidades internas» difícilmente comprobables. Para Klein, el peligro de la metapsicología reside en que, a menos que mantenga un vínculo muy estrecho con los datos empíricos de la situación analítica, convertiría al psicoanálisis en una ciencia reduccionista pues estaría formulada en términos de energía y fuerza entre los agentes internos (yo-ello-superyó), y estos instrumentos teóricos enturbian la necesidad de revelar y dilucidar el significado oculto de los datos clínicos. Por ello, lo que Klein propone es la construcción de generalizaciones relacionadas clínicamente, de las cuales sea posible extraer significados y explicaciones motivacionales, y no procesos descritos en términos de fuerzas o energías. Así, Klein pretende que los conceptos ilustren la significación de la experiencia, y esta sea el contexto motivacional que proporcione a la conducta su patrón y coherencia.

Cuadro 5. La crítica de Grünbaum a la posición hermenéutica en Psicoanálisis

La crítica más radical a la posición hermenéutica ha sido llevada a cabo por A. Grünbaum a quien, como filósofo de la ciencia, le importa ante todo mostrar las credenciales del psicoanálisis para arrogarse como ciencia natural, tal y como afirmaba Freud. Pero para ello necesita, antes que nada, liquidar la opción hermenéutica. Si los hermeneutas tuvieran razón, la crítica de Grünbaum no tendría razón de ser. Por eso, su obra básica (Grünbaum, 1982) lleva una amplísima sección dedicada a la inmolación de la concepción hermenéutica de la teoría y terapia psicoanalítica.

Para Grünbaum, el mayor error de todos los hermeneutas en conjunto, fue plantear la radical separación entre las ciencias naturales y las humanas (aludiendo a distinciones como razones vs. causas, o causalidad de destino vs. causalidad de la naturaleza), puesto que Freud, después de 1896, con la caída de la teoría de la seducción y el fracaso del Proyecto (1950 [1895]), perdió la esperanza de obtener para la teoría clínica una reducción global a la neurobiología. Aunque la separación entre la teoría clínica y la metapsicología no está claramente marcada en el edificio freudiano, es vital apreciar que el estatus lógico, metodológico o epistémico (en resumen, provisional) asignado a la parte metapsicológica, era radicalmente distinto de su reclamo de ciencia natural para su construcción global. Y esa construcción global, por supuesto, no es otra que su teoría de la personalidad, psicopatología y terapia, fundamentadas clínicamente, y cuya pieza central es la teoría de la represión.



Los hermeneutas, según Grünbaum, se equivocaron al pensar que Freud adjudicó un rol científico reductivo a la metapsicología. Para él esa parte era la más prescindible y se podría sustituir por otra conceptualización en cuanto se demostrase su inutilidad. Por el contrario, Freud siempre adjudicó un rol de ciencia natural a la teoría clínica de la personalidad y terapia.

Grünbaum propone un nuevo método para demarcar la científicidad de una disciplina: El *inductivismo eliminativo*. Los datos extraídos de métodos no-experimentales como la asociación libre, están inevitablemente contaminados por influencias extrañas, y no son capaces de *eliminar* explicaciones plausibles alternativas para los grupos de observaciones realizadas. Este método «en el momento actual es considerado por muchos como el mejor instrumento de que se dispone para aplicar un criterio científico a la comprobación de cualquier hipótesis» (Coderch, 1989, p. 39).

Para Edelson, (1984, p. 4) el inductivismo eliminativo es el criterio de científicidad por el cual una evidencia proporciona apoyo a una hipótesis, confiriendo credibilidad científica a dicha hipótesis, únicamente si *a)* la evidencia es impuesta por, es deducible de, o es un ejemplo positivo de la hipótesis (que la evidencia confirme la hipótesis es necesario, pero no suficiente, a pesar de que valdría para apoyarla). *b)* La evidencia justifica la preferencia de la hipótesis frente a otras hipótesis rivales (es decir; justifica más la creencia en la hipótesis que en las rivales) y *c)* la evidencia se obtuvo en forma tal, que *elimina* otras explicaciones alternativas de consideración plausible, las cuales, de otra manera, podrían haber recibido confirmación por ello.

El inductivismo eliminativo no es tan nuevo. Se puede rastrear, al menos, en los cánones del método científico formulados por John Stuart Mill (a quién Freud tradujo en su juventud), y según Grünbaum, incluso más atrás, en los tiempos de Bacon. Personifica una forma distintiva de razonamiento lógicamente sofisticado, el cual está bien orientado para los objetivos de un científico que desea conocer qué afirmaciones está justificado aceptar provisionalmente como verdaderas, dentro del dominio que estudia.

El inductivismo eliminativo ha de responder a la pregunta sobre la evidencia que contará como apoyo científico para una hipótesis, de forma diferente al inductivismo enumerativo (propio del positivismo lógico) y al falsacionismo de Popper. Para recordarlo rápidamente, el inductivismo enumerativo mantenía que un ejemplo positivo de una hipótesis, la confirma. Y el falsacionismo popperiano defiende que para que las hipótesis sean consideradas científicas y sobrevivan, deben ser capaces de superar pruebas de falsabilidad. Para Grünbaum, sin embargo, las hipótesis psico-



analíticas pueden ser confirmadas y falsadas, y la significancia de estas demandas sobre el psicoanálisis no es tan grande como se piensa. Y por lo tanto la crítica al psicoanálisis desde ambas posturas no resulta muy relevante.

Pero según Edelson (1984), la diferencia entre el falsacionismo de Popper y el inductivismo eliminativo de Grünbaum no es tan grande, y los cánones de éste último se pueden ver como una elaboración, en positivo, de lo que Popper quiso decir con la frase «rigurosos tests de hipótesis». El falsacionismo y el inductivismo eliminativo, de hecho, no representan diferentes visiones de la ciencia, sino diferentes respuestas a preguntas distintas.

Popper pregunta sobre lo que califica a una afirmación como plausible para la ciencia. Y responde: que sea falsable. Entre las afirmaciones falsadas, algunas sobreviven, y continúan sobreviviendo en rigurosas pruebas de competición general con otras rivales.

El inductivismo eliminativo responde a la cuestión sobre lo que hace que una afirmación sea científicamente creíble, la cual había sido aceptada provisionalmente como científicamente válida.

El énfasis sobre el logro de un estatus científico de *credibilidad*, y sobre la obtención de evidencias que apoyen la hipótesis sobre otras rivales o alternativas, sirve para distinguir al inductivismo eliminativo del falsacionismo. Pero hay otras diferencias más significativas. Por ejemplo, el falsacionismo de Popper, al manifestar que no se puede probar que una teoría es verdadera por la cantidad de predicciones empíricas que formula (de las cuales solo una pequeña parte podría someterse a prueba), y optar por la vía de que lo que se puede demostrar es que una teoría es falsa, parece ser una solución de vía negativa (Sokal y Bricmont, 1999, p. 75), donde no estamos seguros de lo verdadero pero sí de lo falso. Parece evidente que esta «solución» no resulta satisfactoria desde un punto de vista científico. Por lo tanto, el inductivismo eliminativo puede ser la verdadera solución en positivo.

Para Grünbaum las hipótesis psicoanalíticas no pueden ser probadas en la situación analítica, pues no satisfacen los cánones del inductivismo eliminativo. La única defensa posible es la intentada por Freud, en la 28ª conferencia (Freud, 1916-17), pero no resulta convincente por tres tipos de razones: 1) Las conclusiones emanadas del análisis de los síntomas, sueños, parapraxias, etc, no constituyen apoyo de evidencias para las hipótesis fundamentales de la personalidad y el desarrollo. 2) Los datos obtenidos por el método de la asociación libre, están siempre fatalmente contaminados por múltiples elementos (influencia personal del psicoanalista, sesgo inevitable en la elección de las asociaciones a usar y a desechar para llevar a cabo las



interpretaciones, ideas preconcebidas del paciente sobre el psicoanalista, etc.) 3) Cualquier respuesta del paciente a las interpretaciones del psicoanalista, no sirve como probativa para la teoría, porque no es imposible eliminar como explicaciones otras candidatas posibles como causas de esa respuesta del paciente (pueden estar determinadas por la sugestión consciente o inconsciente del psicoanalista, por las propias preconcepciones teóricas del paciente, por acontecimientos ficticios o memorias falsas, etc.).

En síntesis, para Grünbaum, el psicoanálisis depende exclusivamente de esa defensa de Freud (1916-17) para fundamentar experimentalmente sus hipótesis, y por añadidura, según Grünbaum, existe una falta de interés en el psicoanálisis por la evidencia experimental.

5. PRINCIPALES LÍNEAS DE DESARROLLO: EVOLUCIÓN DEL MODELO PSICODINÁMICO A LO LARGO DEL SIGLO XX

A partir de culminarse el primer cuarto del siglo XX, momento en que el pensamiento psicoanalítico tiene ya una presencia muy significativa en los ámbitos de la Psicología, la Psiquiatría y las ciencias humanas y sociales en general, se va a producir una progresiva diferenciación de propuestas teóricas, técnicas y aplicadas, que van a constituirse como diferentes escuelas de pensamiento, fenómeno que se hace patente tras la muerte de Freud en 1939, y muy acusadamente en las dos décadas siguientes. Una evolución en la que jugará un papel destacado la primera institución psicoanalítica, la Asociación Psicoanalítica Internacional, en torno a la cual se desarrollarán los principales avances teórico-clínicos, pero también los enfrentamientos entre las distintas corrientes, y en torno a la que girará, por adhesión o disidencia las principales figuras del psicoanálisis contemporáneo.

La *Asociación Psicoanalítica Internacional (I.P.A.)* se crea en 1910, en Nuremberg, con ocasión del Segundo Congreso del entonces incipiente y reducido grupo de psicoanalistas en torno a Freud, y con el fin de ser una institución garante de la integridad de la teoría y la práctica del psicoanálisis. Entre sus objetivos estaba el decidir lo que era psicoanálisis y lo que no era, y también seleccionar entre los aspirantes al ingreso a la asociación, aquellos que cumplieran los requisitos establecidos. Además de los beneficios de toda asociación, para sus miembros constituía una especie de mecanismo asegurador contra las disidencias, como por ejemplo la que por entonces estaba teniendo lugar con A. Adler (véase *Capítu-*

lo 4). Este último también se autocalificaba de psicoanalista, y también impartía seminarios de formación en psicoanálisis en Viena, aunque en distinto día (Adler eligió los jueves, mientras que Freud los impartía en su casa los miércoles). Como podemos comprobar en la correspondencia de Freud con L. A. Salomé y en el diario de ésta última aparecido en 1957 (Salomé, 1968) ya en 1912, si alguien iba a Viena a formarse en psicoanálisis, podía elegir entre el grupo de Adler o el de Freud. La misma Salomé estuvo por breve lapso simultaneándolos hasta que se decidió por Freud. La IPA nació para definir cuál era el lugar institucional del psicoanálisis. La defección de Jung y el trastorno que sufrió Freud con ella provocaron que los mecanismos de control de lo que era o no era psicoanálisis y de la selección de aspirantes se agudizaron bastante, hasta casi convertirse en un grupo cuasi masónico, una minoría esclarecida (a la que Freud entregó un anillo de compromiso) que velaba para preservar la «pureza» de la teoría psicoanalítica.

Cuadro 6. La institucionalización del Psicoanálisis y la formación de psicoanalistas

Para conocer el proceso de institucionalización del Psicoanálisis, así como entender los conflictos surgidos en las primeras etapas, es útil revisar las *Actas de la Sociedad Psicoanalítica de Viena*, editadas por Hermann Nunberg y Ernst Federn entre 1962 y 1975. Estas actas cubren el período 1906-1915, durante el cual el secretario (asalariado) de la sociedad fue Otto Rank (1885-1939) (véase un comentario sobre Rank en el Capítulo 3), que transcribía lo esencial de las discusiones, sin hacer un registro literal. Las reuniones comenzaron en 1902 con la asistencia de Alfred Adler, Wilhelm Stekel (que había sido paciente de Freud), Max Kahane y Rudolf Reitler, y se celebraban los miércoles a última hora de la tarde en el apartamento de Freud. El grupo de asistentes fue muy heterogéneo e irregular, incluyendo tanto analistas practicantes como no; hasta 1908 asistir comportaba la obligación de intervenir, después no. En 1910 las reuniones se trasladaron al *Colegio de Médicos*. En esa época (y hasta 1930 aproximadamente) no se requería el análisis personal a los futuros analistas, practicándose el análisis con lo que se ha denominado (Fine, 1990) «veracidad autodidacta». Los temas tratados fueron muy variados, y están presentes en las discusiones muchas de las figuras posteriores relevantes para la psicoterapia: Paul Federn, Eduard Hitschmann, Alfred Adler, Hermann Nunberg, Otto Fenichel, Max Eitingon, Carl Jung, Ernst Jones y otros muchos. Denota la cultura de la época que en la sesión del 14-4-1910 se llegase a votar si se podía admitir a mujeres en la reunión, aprobándose por 11 votos a favor y tres en contra.



A partir de 1907 Freud y el psicoanálisis empiezan a ser foco de atención fuera de Viena. Max Eitingon (1881-1943), de la Clínica de Zurich, acude a Viena en 1907, el mismo año en que lo hace Karl Abraham (1877-1925) (de Burghölzli), Ernst Jones (1879-1958) desde Londres (1908) y Sándor Ferenczi (1873-1933), que acude desde Budapest también en 1908. En 1909 Freud será invitado a pronunciar las primeras conferencias públicas sobre psicoanálisis en la Universidad de Clark (EEUU), un honor que le había sido negado en Viena. En 1910 se funda la Asociación Psicoanalítica Internacional (*International Psychoanalytical Association*: I.P.A. [A.P.I. en castellano]). Freud eludió ocupar la presidencia, y se nombró para dicho puesto a Carl G. Jung. El *Zentralblatt für Aertzliche Psychoanalyse* editado por Alfred Adler y Wilhem Stekel, se convertirá en el órgano oficial de la asociación. Tras la retirada de ambos, Freud inicia en 1913 la edición del *Internationale Zeitschrift für Aertzliche Psychoanalyse*, que se editará hasta la segunda guerra mundial. En 1920 Ernst Jones fundará la revista *International Journal of Psychoanalysis*, en lengua inglesa, que se ha venido publicando ininterrumpidamente desde entonces.

Las disensiones fueron frecuentes al principio. Adler abandonó la asociación en 1911; Jung en 1913, momento en el que Abraham le sucedió. Las diferencias y rivalidades marcarán desde entonces (y hasta el presente, véase Capítulo 3) la historia del psicoanálisis, si bien esto no afectará significativamente a las teorías, en la medida en que se trató de disputas de poder o profesionales. La misma fundación de la I.P.A. fue recibida agriamente por el grupo de Viena. Poco después, cuando Abraham Brill fundó en 1911 la *Sociedad Psicoanalítica de Nueva York*, Ernest Jones fundará la *American Psychoanalytic Association*. Fue en esta época que Jones le propuso a Freud crear un *círculo de leales*, idea que asumió Freud y que se constituyó formalmente el 25-5-1913 incluyendo a Jones, Abraham, Ferenczi, Sachs y Rank, y partir de 1919 a Eitingon.

El primer encuentro de la IPA tras la primera gran guerra tuvo lugar en La Haya (1920), presidido por Ferenczi, cuando se eligió a Jones presidente de la IPA. Las normas sobre la formación de psicoanalistas no fueron aprobadas hasta el congreso de Bad Homburg (1925), en que se creó la *Comisión Internacional de Formación*, y permanecieron vigentes hasta que en el congreso de Marienbad (1936) Rado, representando al grupo americano, propuso su abolición. Aunque la propuesta fue rechazada, ningún representante americano acudió en 1938 al congreso de París, con lo que se creó una separación formal de los criterios de la IPA. Tras la guerra, el grupo norteamericano será ya el más numeroso, y la IPA pasará de ser una institución reguladora y normativa a ser una estructura puramente administrativa y científica.



El actual sistema de formación de analistas reconocido por la IPA fue elaborado por Max Eitingon en Berlín, durante la República de Weimar. Eitingon, que no se había analizado, organiza el Instituto de Berlín (1920) y Freud le envía como primer analista didáctico a Hanns Sachs. El instituto de Berlín permanece activo hasta 1933, momento en que Eitingon emigra a Palestina, donde funda la *Sociedad Psicoanalítica Palestina*, permaneciendo allí hasta su muerte en 1943. Por el instituto de Berlín pasaron, como docentes o alumnos, renombrados analistas: Ernst Simmel, Karl Abraham, Otto Fenichel, Karen Horney, Hanns Sachs, Franz Alexander, Sandor Rado, Siegfried Bernfeld, Gregory Zilboorg, entre otros muchos.

Cuando H. Sachs puso a punto en Berlín el primer sistema de *análisis didáctico*, combinó en él dos objetivos: 1) transmitir la comprensión del inconsciente; y 2) inducir obediencia absoluta a las posiciones teóricas de la escuela psicoanalítica. Así concebido, el análisis didáctico era un proceso de adoctrinamiento, que estaba en franca contradicción con la necesaria apertura al conocimiento que exige toda disciplina científica. El inicio de la supervisión o análisis-control permitía complementar las carencias del análisis didáctico. Sobre estos mecanismos se instala un control de la organización, que indica quienes pueden ser o no analistas didácticos y analistas de control. El sistema de Berlín se constituirá en el modelo de los restantes institutos psicoanalíticos. Una cuestión más se añade a esta problemática: la cualificación previa necesaria, o titulación requerida. Mientras en los EEUU —hasta hace apenas una década— se exigía ser médico para ser admitido como miembro de una sociedad psicoanalítica, en el resto del mundo no era una condición exigible.

Tras las primeras vicisitudes históricas, la IPA se ha ido consolidando hasta nuestros días. Actualmente es una macro-asociación que cuenta con asociaciones componentes en la mayoría de los países desarrollados, aunque las normas de control y admisión tienen algunas variantes según las zonas. Por ejemplo, en EEUU hasta hace muy pocos años sólo podía pertenecer de pleno derecho a la Asociación los médicos, mientras que el grupo británico permitió a psicólogos y otros profesionales acceder a la formación y ser analistas de pleno derecho. Con sus controversias, la IPA viene representando la salvaguarda de la ortodoxia freudiana, aunque ha permitido el desarrollo de nuevos y variados puntos de vista siempre que no se confronten frontalmente con las propuestas freudianas, y donde el foco de las críticas se ha centrado más en la rigidez jerárquica de la institución que en su inmovilismo teórico (Alexander y Selesnick, 1966).

5.1. ¿Un psicoanálisis o muchos?

El panorama del psicoanálisis contemporáneo alcanza una gran complejidad, y cubre múltiples áreas de influencia clínica, cultural y social, a la vez que cuenta con un amplio número de profesionales y asociaciones. Así, ya en 1985, Robert Wallerstein informó de que había más de 6000 miembros en IPA, organizados en 33 sociedades miembros, además de otras sociedades provisionales y numerosos grupos de trabajo en todo el mundo, con una alta tasa de crecimiento anual (en torno al 10%). Teniendo en cuenta que Wallerstein hablaba sólo del psicoanálisis «oficial» (IPA), habríamos de quintuplicar estas cifras, si se incluye en ellas a los miembros de las sociedades pertenecientes a la Federación Internacional de Asociaciones Psicoanalíticas (IFPA), las múltiples escuelas y grupos lacanianos, y otras muchas instituciones clínicas y de investigación independientes. Un simple paseo de búsqueda por internet puede situar al lector en una inacabable red de referencias, que le darán una visión de la pluralidad del psicoanálisis actual.

A pesar de su amplio desarrollo teórico, técnico y clínico, el psicoanálisis ha sufrido desde los setenta una recesión general en los ambientes académicos de la psicología en casi todo el mundo. El origen de este fenómeno se sitúa en el desinterés existente hasta hace pocos años en el entorno psicoanalítico por la investigación científica sistemática, lo que ha situado al psicoanálisis en una posición epistemológica de saber hermenéutico frente a la ciencia positiva, polémica que hemos expuesto en un apartado anterior. La tendencia imperante desde los ochenta a subrayar el valor de una Medicina (y Psicología) *basada en la evidencia* ha contribuido notablemente a marginar al psicoanálisis de los entornos científicos, pero a la vez ha servido como un revulsivo. Gracias a él, en las dos últimas décadas un buen número de psicoanalistas se interesen de nuevo por la investigación (véase *Capítulo 14*).

Cuadro 6. Influencia de la investigación psicológica básica en la renovación de la teoría psicoanalítica. Un ejemplo: la etapa oral

El psicoanálisis está conociendo una intensa y compleja renovación teórica, a partir de las aportaciones que la investigación empírica viene efectuando desde diferentes ámbitos. A título de ejemplo, revisamos la primera fase de evolución de la libido, tal como la formuló Freud: la *etapa oral*.

Las investigaciones llevadas a cabo desde los años cincuenta sobre la psicología del recién nacido (p.e. en la revisión de Stratton, 1982), mostraron que las interacciones madre-hijo dependen de tendencias de respuesta



determinadas genéticamente, en combinación con un entorno de disponibilidad. Ello, unido a numerosas observaciones sobre el funcionamiento cognitivo neonatal y los procesos de adaptación que despliega el bebé, ha cuestionado la tradicional concepción de las etapas del desarrollo psicosexual. Las propuestas de autores indudablemente psicoanalíticos como Winnicott, con su concepto de *objeto transicional* (véase Capítulo 6), o las teorías sobre separación e individuación (Mahler, 1972; Bowlby, 1951) quedan mucho más cercanas, que las propuestas de Freud, a las evidencias suministradas por la investigación actual. Progresivamente, el psicoanálisis ha modificado su interés prioritario por explicar procesos individuales, hacia un modelo más interaccional y vincular, en el que la díada madre-hijo y el entorno familiar son los contextos privilegiados de observación y explicación. Así ha sido puesto en evidencia en la revisión de Emde (1981). Por otra parte, se ha demostrado que los efectos que los niños producen en sus cuidadores (Bell y Harper, 1977) durante el proceso de socialización, debe ser entendido como un proceso interactivo. Este fenómeno se ha constatado reiteradamente (Beebe y Lachman, 1988). En cualquier caso, la reconsideración de la psicología evolutiva psicoanalítica clásica, que acabamos de comentar, es sólo un ejemplo de un proceso mucho más general que está afectando a todo el psicoanálisis. Este proceso está haciendo posible la integración entre teorías y hallazgos clínicos, por un lado, y datos empíricos procedentes de la investigación en psicología básica, por otro.

Más o menos científico, pero portador de un extenso y profundo saber clínico, el psicoanálisis y los psicoanalistas están muy presentes en el mundo profesional de la Psicología y la Psiquiatría. Y en lo que nos interesa, el estudio de los tratamientos psicológicos viene jugando un papel especialmente valorado en las instituciones clínicas públicas y privadas.

Aunque en los capítulos que siguen en esta obra vamos a pasar revista a las principales escuelas y autores psicoanalíticos (véase *Lámina E*) si consideramos el panorama vigente en la actualidad, a principios del siglo XXI, **el psicoanálisis contemporáneo** está organizado en torno a tres direcciones principales:

- Los autores que, en esencia, pretenden mantenerse freudianos aunque estén efectuando aportaciones destacadas a la teoría clásica. No cuestionan ninguno de los elementos nucleares del psicoanálisis freudiano: teoría pulsional, papel de la sexualidad infantil, complejo de Edipo como aglutinador estructural, teoría del conflicto pul-

sión-defensa, y respetan la dinámica derivada de la primera y segunda tópicas como modelos de funcionamiento mental. Jacques Lacan y André Green (véase *Capítulo 7*) pueden ser adecuados exponentes de esta perspectiva.

- Los autores que sin cuestionar directamente a Freud, van más allá de estos conceptos, sorteando las carencias o debilidades de parte del modelo, y proponiendo conceptos y técnicas que permiten ensanchar el horizonte de explicación y aplicación del psicoanálisis freudiano. En esta categoría se encuentran quienes desarrollan la teoría de las relaciones objetales y le dan al lenguaje y/o al ambiente relacional un papel determinante en la estructuración de la subjetividad, en el origen de la patología, o en la explicación del cambio. Son exponentes de esta perspectiva Otto Kernberg, Roy Schafer, Hans Loewald, y Christopher Bollas. De todos ellos se hace una breve reseña en el *Capítulo 7*.
- Los autores que rompen abiertamente con la metapsicología freudiana, no usan la teoría pulsional, ni le conceden centralidad al complejo de Edipo. También reconsideran el edificio completo del psicoanálisis en base a la matriz relacional de la que deriva la subjetividad, y consideran el psicoanálisis un proceso de acompañamiento de la autoconstrucción de un sujeto agente de su experiencia. Como ejemplos iconoclastas de esta opción, revisaremos en el *Capítulo 7* a Stephen Mitchell y a Robert Stolorow.

El psicoanálisis ha tenido en los países anglosajones y germánicos sus principales núcleos tradicionales de actividad. En la segunda mitad del siglo XX ha destacado la expansión del psicoanálisis en Francia, Italia y España y sobre todo en Latinoamérica (Argentina, México, Brasil), y más recientemente y por la influencia germánica está teniendo de nuevo un importantísimo desarrollo en el oriente europeo y los países eslavos en general. Si el psicoanálisis sabe transformarse aprendiendo, tanto de su campo tradicional (la clínica), como de la investigación de todos los ámbitos científicos relevantes a lo humano, seguirá ocupando un lugar clave entre las ciencias de la salud, humanas y sociales. Y a la vez, del diálogo con otros modelos fronterizos al psicoanálisis (p. ej., Psicología Cognitiva) surgen posturas enriquecedoras (véase *Lámina H*) que posibilitan encuentros tanto en la clínica como en la investigación (véase *Capítulo 8*).

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En la transición del siglo XIX al XX se consolida una importante transformación del escenario de los tratamientos psicológicos. Rompiendo con la mezcla de prácticas mágico-religiosas y racional-naturalistas que han constituido los tratamientos psicológicos desde la antigüedad, con la aparición de los *Estudios sobre la Histeria* de Joseph Breuer y Sigmund Freud (1895) se abre paso una nueva forma de concebir el trastorno mental desde un punto de vista psicológico y dinámico. Desde la propuesta del modelo del inconsciente, ya plenamente descrito en *La Interpretación de los sueños* (1900), el modelo psicodinámico del funcionamiento mental, y su más articulada concreción, el psicoanálisis, quedan incorporados a la historia del pensamiento contemporáneo, junto con la teoría de la evolución de Darwin, la teoría del capital y la lucha de clases de Marx, o la teoría de la relatividad de Einstein. No por ello el psicoanálisis escapa a una profunda controversia epistemológica acerca de su cientificidad, afirmada y negada apasionadamente por un buen número de autores. Se ve al psicoanálisis como una ciencia natural de la compleja conducta humana, o como una ciencia histórico-hermenéutica de la subjetividad.

La irrupción y posterior desarrollo del psicoanálisis a lo largo del siglo XX transforma el pensamiento sobre la naturaleza del hombre y la cultura, la clínica psicopatológica y los tratamientos que el sufrimiento psíquico puede recibir. Ciencia natural, saber derivado de la práctica clínica, bagaje interpretativo de los determinantes profundos de la conducta, el psicoanálisis recoge la mayoría de las preguntas sin respuesta que sobre lo humano se formulan, e intenta ofrecer caminos para un mayor y mejor conocimiento de la complejidad de lo subjetivo.

Desde la muerte de Freud en 1939, el psicoanálisis ha evolucionado, apoyado en estructuras institucionales como la *Asociación Psicoanalítica Internacional*, pero sobre todo a través de variadas aportaciones teóricas y clínicas, estructuradas en escuelas diferenciadas: la Psicología del Yo, la Escuela Inglesa o Kleiniana, el pensamiento independiente, la denominada «vuelta a Freud», el psicoanálisis relacional, y una rica variedad de planteamientos de autor, que en diálogo con la investigación básica y clínica suponen un horizonte de revitalización y nueva expansión para el psicoanálisis.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA Y LECTURAS RECOMENDADAS

ASSOUN, P. L. (1984). Los fundamentos filosóficos del psicoanálisis. En Jaccard, R. (Dir.), *Historia del Psicoanálisis, Vol. 1 Origen y nociones centrales*. (pp. 67-96). Buenos Aires: Juan Granica Ed. [Original de 1982; *Histoire de la psychanalyse*. París: Hachette].

ELLENBERGER, H. F. (1976). *El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*, Madrid: Gredos. [Original de 1970: *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, New York: Basic Books].

Probablemente la mayor y más documentada obra de referencia sobre los orígenes del modelo psicodinámico, desde la antigüedad, y que revisa en profundidad a todas las figuras claves hasta la mitad del siglo XX.

FINE, R. (1979, 2.^a ed. revisada 1990). *The History of Psychoanalysis* (New expanded edition). Nueva York: Continuum. [Hay versión castellana de la edición de 1979: *Historia del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1982].

Se trata de una de las mejores historias de carácter didáctico; realiza una revisión conceptual y no meramente descriptiva, efectuada desde los postulados de la Psicología del Yo.

MIJOLLA, A. DE (1984). Los orígenes de la práctica psicoanalítica. En Jaccard, R. (Dir.) *Historia del Psicoanálisis, Vol. 1 Origen y nociones centrales*. (pp. 15-42) Buenos Aires: Juan Granica Ed. [Original de 1982; *Histoire de la psychanalyse*. París: Hachette].

POSTEL, J. y QUÉTEL, C. (Comp.) (1987). *Historia de la Psiquiatría*, México: Fondo de Cultura Económica. [Original de 1983: *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie*, Toulouse: Privat].

En esta obra el alumno encontrará a modo de historia social las principales líneas de desarrollo del pensamiento sobre el hecho psicopatológico, desde la antigüedad hasta nuestros días.

ACTIVIDADES

1. Hágase la lectura y elabórese un comentario de un texto sobre las prácticas terapéuticas de la antigüedad, y sus nexos con el pensamiento del siglo XX:

LAÍN ENTRALGO, P. (1958). *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. Madrid: Ed. Revista de Occidente.

2. Hágase la lectura y elabórese un comentario de un texto que describe las diferentes influencias que convergen en el Psicoanálisis a finales del siglo XIX:

MIJOLLA, A. DE (1984). *Los orígenes de la práctica psicoanalítica*. En Jaccard, R. (Dir.) *Historia del Psicoanálisis*, Vol. 1 Origen y nociones centrales (pp. 15-42). Buenos Aires: Juan Granica Ed., [Original de 1982].

3. Conozca el primer caso de la psicoterapia contemporánea. Realice un comentario de texto del Caso ANNA O. (Berta Pappenheim) de Joseph Breuer. Está incluido en la obra:

BREUER, J. y FREUD, S. (1893-95). *Estudios sobre la histeria*. En S. Freud, *Obras Completas*, II. Buenos Aires: Amorrortu, 1980, (pp. 3-313). [El caso está descrito en las pp. 47-70]

Sobre el caso Anna O se ha producido abundante literatura posterior; que el alumno puede consultar para profundizar en las diferentes implicaciones del caso. Una selección de las principales está recogida en: Rosenbaum, M. y Muroff, M. (Eds.) (1984). *Anna O. Fourteen contemporary reinterpretations*. New York: The Free Press.

4. Examine el modelo de trabajo de Freud en el origen de la técnica freudiana. Para ello prepare un comentario de texto del Caso EMMY. Está incluido en la obra:

BREUER, J. y FREUD, S. (1893-95). *Estudios sobre la histeria*. En S. Freud, *Obras Completas*, II. Buenos Aires: Amorrortu, 1980, (pp. 3-313). [El caso está descrito en las pp. 71-123] [pp.55-88 del Tomo I de la versión de BN]

Este caso permite conocer como se pasa de las técnicas de tratamiento pre-psicoanalíticas (p.e. electroterapia, hipnosis) a la utilización de los primeros pasos de la técnica psicoanalítica. Una recreación dramática de este caso está incluida en la Serie biográfica que la BBC produjo sobre S. Freud.

5. Hágase la lectura y elabórese un comentario de un texto que recoge uno de los aspectos más debatidos de las controversias epistemológicas en torno al psicoanálisis. Se trata de la cuestión del *Tally argument* en Grünbaum, y cómo puede darse respuesta a este tema desde el punto de vista de uno de los autores de este capítulo:

GARCÍA DE LA HOZ, A. (1999). Un comentario sobre el 'Tally Argument' de Grünbaum. En *Intersubjetivo*, 2(1), 183-190. Madrid

6. Realice una búsqueda en Internet, auxiliándose de Google u otros buscadores, y examine una selección de referencias (p. ej., «Psicoanálisis»/«Psychoanalysis», «Psicoterapia Psicoanalítica» / «Psychoanalytic Psychotherapy». Examine al menos las siguientes:

www.ipa.org (Asociación Psicoanalítica Internacional)

www.iarpp.org (Asociación Internacional de Psicoanálisis y Psicoterapia Relacional)

www.feap.es (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, que cuenta con secciones psicoanalíticas y facilita información y enlaces sobre España).

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Qué escuela psicoanalítica se desarrolló preferentemente en Estados Unidos?
 - a) El Kleinianismo
 - b) La Psicología del Ego
 - c) La escuela jungiana
2. ¿Quién dijo que el psicoanálisis no es científico por no ser refutable?
 - a) Popper
 - b) Skinner
 - c) Eysenck
3. ¿En qué año se constituyó la Asociación Psicoanalítica Internacional?
 - a) 1908
 - b) 1910
 - c) 1912
4. ¿Cuál de los siguientes elementos no pertenece al núcleo conceptual básico del psicoanálisis?
 - a) La sexualidad infantil
 - b) Las pulsiones
 - c) La sexualidad femenina
5. ¿Cuál de los siguientes autores no se enmarca en la corriente hermenéutica?
 - a) Goerge Klein
 - b) Merton Gill
 - c) Melanie Klein
6. ¿Quién efectuó la crítica de «mentalista» al psicoanálisis?
 - a) Skinner
 - b) Popper
 - c) Eysenck

RESPUESTAS CORRECTAS

1. b) 2. a) 3. b) 4. c) 5. c) 6. a)

Capítulo 3

El descubrimiento del psicoanálisis: Sigmund Freud

Antonio García de la Hoz y Alejandro Ávila Espada

Guión-Esquema

Objetivos

1. Introducción
 2. Sigmund Freud. Vida y obra.
 - 2.1. Recorrido biográfico
 - 2.2. La obra de Freud
 3. El descubrimiento del psicoanálisis. «Estudios sobre la histeria».
 4. Las aportaciones fundamentales y su evolución.
 - 4.1. Teoría sobre las pulsiones.
 - 4.2. Los mecanismos psíquicos
 - 4.3. El desarrollo psicosexual
 - 4.4. El modelo psicoanalítico de la mente
 - 4.4.1. Las formulaciones de Freud sobre el aparato psíquico
 5. Vigencia de Sigmund Freud
- Resumen y conclusiones
- Bibliografía básica y lecturas recomendadas
- Actividades
- Ejercicios de autoevaluación

Palabras clave

Sigmund Freud, inconsciente, teoría pulsional, desarrollo psicosexual, psicodinamismos, modelos psicoanalíticos de la mente.

GUIÓN-ESQUEMA

En primer lugar se realiza una breve sinopsis biográfica con los acontecimientos básicos de la vida de Freud, con especial énfasis en las relaciones que tuvieron una especial trascendencia en la formación de su pensamiento: Brücke, Charcot, Breuer, Bernheim, Fließ. Posteriormente se pasa revista a las etapas de su obra, distinguiendo en esta el período hasta la *Interpretación de los Sueños* (1900) y los *Tres Ensayos de Teoría Sexual* (1905); seguidamente el período hasta la *Introducción al Narcisismo* (1914c), que incluye los principales escritos técnicos; posteriormente el período hasta el giro teórico que representan obras como *Más allá del principio del placer* (1920g) y *El Yo y el Ello* (1923), donde se presenta la segunda tópica o teoría estructural; finalmente la última etapa, con la apertura a revisiones de algunas de sus teorías fundamentales.

En el siguiente epígrafe se apuntan los momentos más significativos en el descubrimiento del psicoanálisis, así como sus aplicaciones al tratamiento clínico, que aún se mantienen vigentes. Esta tarea se aborda a través del comentario de los *Estudios de la Histeria* (Breuer y Freud, 1895), en sus diferentes casos y propuestas: la oposición Yo-Libido, el sentido del síntoma histérico, la noción de resistencia, y la coincidencia de lo inconsciente con lo reprimido. Esta casuística permite también constatar los orígenes de la técnica psicoanalítica, así como la sustitución de la teoría de la seducción por la teoría de la fantasía.

Tras el estudio de los momentos fundacionales del psicoanálisis como teoría y práctica clínica, se pasa a la exposición de las aportaciones fundamentales de carácter teórico, que son: la teoría sobre las pulsiones, el estudio de los mecanismos psíquicos, la teoría sobre el desarrollo psíquico-sexual y el modelo psicoanalítico de la mente, donde se exponen la primera tópica, o modelo topográfico (Inconsciente, Pre-consciente, Consciencia); y la segunda tópica o modelo estructural del aparato psíquico (Ello-Yo-SuperYo).

La vigencia actual de las aportaciones teóricas, técnicas y clínicas freudianas se considera a través del examen de cuatro temas foco de conflicto entre los propios psicoanalistas, y con los investigadores de disciplinas conexas. Se trata de la metapsicología y la teoría pulsional que implica; la teoría freudiana del desarrollo psicosexual; el cuestionamiento de la universalidad del complejo de Edipo y su centralidad en la explicación de la patología; y finalmente la vigencia de la técnica analítica descrita por Freud en sus escritos técnicos. Para todos ellos se dan alternativas y se mencionan los autores y referencias clave en la renovación de las teorías freudianas.

OBJETIVOS

Al finalizar el estudio de este capítulo, el lector/a debería ser capaz de:

1. Conocer una sinopsis de la vida y obra de Sigmund Freud, relacionando las cuestiones biográficas y personales con los momentos más significativos de su producción teórica.
2. Comprender cómo se llega al concepto de Inconsciente, sus implicaciones para el funcionamiento psicológico y sus evidencias en la conducta, a través de los primeros casos de Histeria tratados con éste modelo.
3. Comprender la teoría pulsional y el papel de los procesos defensivos en la articulación del conflicto psíquico.
4. Conocer las fases del desarrollo psicosexual según S. Freud, y sus implicaciones para las neurosis.
5. Distinguir los dos primeros modelos freudianos del funcionamiento mental o teorías del aparato psíquico: el modelo topográfico (o primera tópica) y el modelo estructural (o segunda tópica).
6. Efectuar una crítica razonada y relativa de algunos de los planteamientos freudianos, distinguiendo entre lo que queda vigente de su pensamiento y lo que puede considerarse obsoleto tras los avances de la investigación a lo largo del siglo XX.

1. INTRODUCCIÓN

Sigmund Freud es una figura central del pensamiento de todas las épocas. Con Darwin, Marx y Einstein está entre los genios que, en la transición del siglo XIX al XX, abren la escena del mundo contemporáneo. Freud da un giro copernicano a la visión del hombre al situar lo inconsciente entre los factores que determinan inexorablemente el mundo de la subjetividad, con un concepto de sujeto en el que la sexualidad y la agresión son vectores determinantes de la vida psíquica. En este capítulo vamos a repasar con una forzada brevedad la ingente aportación del fundador del psicoanálisis. Empezaremos recorriendo su biografía, importante para adentrarnos en un tema en el que lo personal y lo social se interdeterminan para facilitarnos la comprensión de lo subjetivo. Seguidamente recorreremos las principales etapas de su obra, definiendo los principales períodos y contribuciones de la misma. Posteriormente se expondrá de manera sucinta los cuatro temas principales de la teoría freudiana: la teoría pulsional, los mecanismos psíquicos, el desarrollo psicosexual y los modelos del aparato psíquico o modelos de la mente desde el psicoanálisis. Finalmente se formulan consideraciones sobre en qué medida están vigentes las aportaciones de Freud, y en qué ámbitos se plantean las principales objeciones y necesidades de renovación de la teoría psicoanalítica.

2. SIGMUND FREUD. VIDA Y OBRA

2.1. Recorrido biográfico

A Freud le gustaba historiarse a sí mismo en relación al movimiento psicoanalítico por él fundado. Lo hizo varias veces. No nos referimos a lo que comúnmente se llama autobiografía, en cuanto al desarrollo personal e íntimo, sino a historiar su proceso profesional. Para adentrarnos en los

datos más personales de su vida, son mejores textos la *Interpretación de los sueños* (Freud, 1900) o incluso la *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901) —no escritas precisamente con intención biográfica—, que su *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico* (1914) o su *Presentación autobiográfica* (1925b), donde a pesar del título, lo que hace es de nuevo narrar el desarrollo del movimiento psicoanalítico. Esto último sí era de su agrado, lo otro no tanto. Tenía la necesidad de hacerlo de cuando en cuando, más que nada para dejar clara su posición sobre lo que era y lo que no era el psicoanálisis, sobre todo tras las disensiones de Adler y Jung y para responder a los adversarios.

Nos encontramos, quizás, ante la persona más biografiada del siglo XX. Incluso en vida de Freud ya se publicaron dos biografías, (Wittels, 1924; S. Zweig, 1931) de las que no tuvo buena impresión (sobre todo de la de Wittels), y él mismo tuvo que hacer desistir de otro intento a Arnold Zweig, fundamentalmente porque era amigo suyo. La lista de biógrafos es ya muy numerosa, y cuando pensábamos que la de Gay (1989) era ya la definitiva, Rodrigué (1996), Breger (2000) y Kollbrunner (2001) han llevado recientemente a cabo nuevos trabajos biográficos de Freud, aunque ya pocas cosas nuevas, en cuanto a datos, pueden ser dichas. Interpretaciones de su vida, innumerables, pero acontecimientos nuevos que revoquen lo ya conocido, pocos. Con la biografía de Freud va a terminar pasando lo que con las tragedias griegas, donde lo importante no era el tema o mito en cuestión (que ya conocían los espectadores), sino el modo de tratarlo y exponerlo por parte del poeta. Nuestra intención aquí, por supuesto, está muy alejada de ambiciones biográficas. Aunque a veces es necesario hacer alguna referencia en este sentido, pues con Freud se da la siguiente curiosa circunstancia: resulta complicado en ocasiones decidir donde termina su vida privada y donde empieza la vida profesional, ya que en muchos momentos ambas cosas caminan indisolublemente unidas. Este hecho es probablemente lo que ha provocado la profusión tan importante de biógrafos que tiene Freud.

Sigmund Freud nació en Freiberg (Moravia) en 1856 y murió en Londres en 1939, tras escapar del nazismo de Austria un año antes. Desde los tres años, en que sus padres se establecieron en Viena, toda su vida privada y profesional transcurrió en la capital centroeuropea. Inició los estudios de medicina en 1873 y obtuvo el título de médico en 1881. Su primera dedicación profesional fue el trabajo neurofisiológico de laboratorio, siendo el microscopio su compañero natural. En 1886 contrajo matrimonio con su única novia conocida tras un largo y desesperante noviazgo y tuvo seis hijos (tres hombres y tres mujeres), de los cuales sólo la más pequeña —Anna Freud— siguió los caminos profesionales de su padre.

Decidir en cuanto a las personas que influyeron en su formación supone efectuar una selección entre los múltiples determinantes que configuran la figura de un genio. En sus propios escritos autobiográficos (1914 y 1925b) que, como ya apuntamos antes, son más que nada historias de su trayectoria profesional, nos encontramos con las pistas necesarias. De entre los nombres allí citados, más lo que aprendemos de la lectura de sus más famosos biógrafos (Jones, 1981; Robert, 1966; Mannoni, 1975; Roazen, 1978; Schur, 1980; Clark, 1985; Dadoun, 1984; Dubcovsky, 1986; Gay, 1989 y Breger, 2000), escogemos cinco nombres propios de importancia incuestionable. Se trata —más o menos en orden cronológico porque algunos se superponen en la vida de Freud—, de Brücke, Charcot, Breuer, Bernheim y Fließ.

Remitimos a las múltiples biografías y a los escritos freudianos mencionados en el párrafo anterior para la significación de cada uno de ellos. A modo de apunte sólo señalaremos los elementos más importantes que tomó Freud.

Freud conoció a **Brücke** durante su primer año de estudiante de medicina. Le entusiasmaron sus clases y consiguió ingresar (1876) en el Instituto Fisiológico que dirigía en Viena, donde permaneció seis años (hasta 1882), incluso después de haber recibido el título de medicina. Así que se puede decir que la carrera la alternó con su estancia en el laboratorio de Brücke. Luego, por recomendación del propio Brücke —que le dijo que a un joven como él no le convenía la carrera de investigador teórico y que ejerciera como médico (Freud, 1925b, p.10)—, pasó a la Clínica de Theodor Meynert, donde volvió a coger el microscopio, pero ahora para observar la anatomía de los cerebros humanos. Además de otras influencias personales que ahora no nos interesan, se puede afirmar que Freud adquirió en su contacto con Brücke una forma de pensamiento científico que no le iba a abandonar nunca y una metodología técnica: la búsqueda de la forma precisa de situarse para observar mejor las cosas, es decir un énfasis en el procedimiento de investigación. Este hecho está relacionado con la creación, por parte de Freud, de la *situación analítica* como método de investigación fundamental en psicoanálisis.

Con **Charcot**, Freud pasó a convertirse en clínico. Fue a París como neurofisiólogo y volvió como psicólogo. La fama de Charcot y de sus demostraciones clínicas con histerias (de ambos sexos) mediante la hipnosis era conocida por Freud desde Viena. En marzo de 1885, cuando todavía no era *Privatdozent*, solicitó una beca de estudios a sus superiores, y cuando se la concedieron (con la recomendación de Brücke), no dudó ni un momento en que el destino era París y la Salpêtrière. Permaneció allí un total de cuatro meses y medio, exactamente desde el 13 de octubre

de 1885 hasta el 28 de febrero de 1886. En todas las cartas que se conservan de ese periodo, escritas casi todas ellas a la por entonces su prometida (Marta Bernays), no hace más que ponderar elogiosamente la figura del maestro parisino. La afabilidad, la bondad, el ingenio y la seguridad en sí mismo son facetas de la personalidad de Charcot que Freud destaca en sus cartas, por las que se deduce que impresionó fuertemente al joven Freud.

El texto de Freud donde se ve mejor la evolución de su pensamiento respecto del de Charcot, quizás sea el de la comparación de las parálisis motrices orgánicas e histéricas (Freud, 1893). Allí guarda el debido respeto al maestro francés, quién pese a reconocer la «lesión dinámica», pensaba que detrás había una lesión orgánica o neurológica que dejaba huellas en el cadáver según la anatomía del sistema nervioso. Freud, por el contrario, da un paso decisivo para la psicologización de la histeria, cuando escribe:

Yo afirmo, por el contrario, que la lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella (Freud, 1893, p. 206).

Es decir, para Freud no importaba tanto el cuerpo real, sino el cuerpo imaginado, *fantasmaticado*, que el paciente histérico tenía de sí mismo. Esta diferencia se convirtió en decisiva para la comprensión de las histerias.

Breuer ha pasado a la historia por el tratamiento que llevó a cabo con Bertha Pappenheim («Ana O») entre 1880 y 1882, con el que descubrió el método catártico —más bien habría que decir que lo descubrió la propia paciente—, que básicamente consistía en una cura hablada —*talking cure*— por la que el paciente se aliviaba de los síntomas. Las vicisitudes de este tratamiento son ya muy conocidas, inclusive las inexactitudes que Jones escribió en cuanto a su finalización (Ellenberger, 1976, p. 556; Breger, 2000).

Todos los biógrafos se detienen en considerar la importancia que este médico judío tuvo para Freud. Quizás Jones sea quien le dedica mayor espacio y atención, junto con Schur (1980). En la relación Freud-Breuer se entrecruzan en forma inseparable la vinculación profesional y de trabajo con la personal y privada (García de la Hoz, 1985). Y la ruptura de la misma tendrá elementos de las dos. Su relación fue de gran complejidad y se entrecruza asimismo con la que Freud mantendrá con el otorrinolaringólogo de Berlín, W. Fließ. En el apartado siguiente volveremos a mencionarla.

Hippolyte Bernheim es considerado como el paladín de la escuela de Nancy y fue famosa su agria polémica con Charcot, en la que a la postre le daría la razón la Europa de final de siglo XIX. Bernheim pensaba que era la capacidad de *sugestión* del médico y la *sugestionabilidad* del paciente lo que provocaba la hipnosis y no al revés y, por tanto, era la sugestión la base del alivio del paciente y de los resultados terapéuticos. También criticaba la concepción de la histeria de Charcot, indicando que los factores sugestivos estaban en el fondo de la misma y, sobre todo, que dicha teoría no servía para la investigación, puesto que la aparición y desaparición de la sintomatología reposaba sobre la base sugestiva. Se sabe que Bernheim fue abandonando poco a poco el uso de la sugestión hipnótica y que la sustituyó por la sugestión en vigilia, con una técnica abiertamente persuasiva, lo que resulta un auténtico precedente de la técnica del apremio de Freud como éste mismo indicó en el caso «Lucy». Quizás por primera vez en la historia, a su método Bernheim denominó «psicoterapia», y de este modo contribuyó en forma decisiva a la consideración psicógena de los trastornos neuróticos.

Freud se sentía más cercano a Charcot, pero es de notar su imparcialidad en la polémica sostenida por ambos. De lo que no cabe duda es de que los presupuestos técnicos de Bernheim están más cercanos que los de Charcot en cuanto al establecimiento de la técnica de la asociación libre, y también es verdad que Freud, que se autoconfiesa mal hipnotizador —véase el caso «Lucy» (Breuer y Freud, 1895)—, reconoció la influencia del francés de Nancy para su técnica de tratamiento en vigilia. Dicha técnica le era más asequible en virtud de sus propias limitaciones personales.

El contacto personal de Freud con Bernheim se redujo a «varias semanas» en el verano de 1899, cuando se desplazó a Nancy con el objetivo de perfeccionar su técnica hipnótica (Freud, 1925b). Pero al parecer ese viaje fue uno «de los más provechosos de su carrera» (Gay, 1989 p. 77). En ese viaje conoció también al viejo maestro de Bernheim, Ambroise Liébault y presenció *in situ* la labor terapéutica de ambos.

Sobre la extensa y apasionada relación entre Freud y **Fließ** se han escrito ríos de tinta. Ha sido tema preferencial de todos sus biógrafos. Las cuatro personas ya citadas pertenecían a una generación anterior a Freud y cuando las conoció eran profesionales de éxito y prestigio; Freud no podía sino recibir y aprender de ellas. Con Fließ no ocurría lo mismo. Pertenecían a la misma generación (incluso era el berlinés dos años más joven). ¿Por qué entonces le encuadramos entre los que influyeron en el pensamiento de Freud? La publicación de la correspondencia de Freud con este otorrinolaringólogo berlinés, tanto en su versión cercenada (Freud, 1950 [1887-1902]) como en la completa (1994 [1887-1904]), ha

resultado decisiva para la comprensión de la influencia en Freud de esa amistad. Tras la publicación esas cartas y el trabajo de otros investigadores (fundamentalmente Bernfeld, 1946, 1951; y Schur, 1966 y 1980), se empezó a denominar esa amistad como *el «autoanálisis» de Freud*, dado el tono emocional de la misma. Si la mencionada publicación no hubiera tenido lugar, tal y como deseaba Freud, poco o nada hubiéramos podido saber de este proceso de Freud. Ahora, sin embargo, es ya un lugar común para todos los biógrafos. Nosotros mismos nos hemos ocupado del tema, relacionándolo con otro proceso similar, que tuvo lugar casi cien años antes, el relatado por Goethe en sus *Viajes italianos* (García de la Hoz, 1997, cap. V, *El autoanálisis de Goethe* en Roma). No cabe duda que Freud tuvo conocimiento y quizás tomó como modelo estos escritos.

2.2. La obra de Freud

En cuanto a la obra de Freud, se han llevado a cabo algunas divisiones y ordenaciones de conjunto (Fine, 1982; Anguera y Jiménez, 1994). Nosotros mismos podemos sugerir otra ordenación cualquiera, inspirados en los precursores y en nuestra valoración de la obra, y decir que Freud tuvo un período eminentemente clínico (1895-1909), otro técnico-teórico (1909-1920), otro de pensamiento socio-pesimista (1920-1939). Esta ordenación también podría resultar válida y pedagógica, pero a la que se le podrían poner las mismas objeciones que a las anteriores (elección caprichosa, no exhaustiva, determinada por la posición teórica, etc.). Por eso, en vez de hacerlo, es más interesante señalar algunos —pocos— trabajos freudianos, goznes o bisagras en su trayectoria porque a la vez abren y cierran su progreso y su conocimiento, y que consideramos centrales para un acercamiento global a la obra de Sigmund Freud. Desde luego que otros estudiosos de la misma, según su perspectiva de estudio, podrían escoger otros textos. Lo que nos guía en esta ordenación es el intento de transmitir los conceptos psicoanalíticos fundamentales. Desde aquí, en progresión cronológica, señalamos los siguientes momentos y textos:

a) **1895-1908:** Período que pivota alrededor de la *Traumdeutung* o *Interpretación de los sueños* (Freud, 1900]) y los *Tres ensayos de teoría sexual* (Freud, 1905). Comprende los descubrimientos básicos del psicoanálisis (funcionamiento inconsciente, psicoterapia de las neurosis y la teoría de la represión, el complejo de Edipo y la sexualidad infantil, teoría de la libido).

b) **1914-1915:** *Introducción al narcisismo* (Freud, 1914c) plantea una revisión a fondo de la teoría de la libido y la de las pulsiones en general.

Para algunos (Grinberg, 1991) supone una sutil apertura de Freud al campo de las relaciones de objeto, pues en ella minimiza el polo pulsional. Aunque esta opinión de Grinberg es interesada, no cabe duda de que estamos ante un texto central, polémico y totalmente actual en cuanto a las controversias que despierta.

c) **1919-1923:** Período que pivota alrededor de *Más allá del principio del placer* (Freud, 1920g) y *El yo y el ello* (Freud, 1923). Una nueva estructuración del aparato psíquico sobre una nueva teoría de las pulsiones, con la polémica *Todestriebe (pulsión de muerte)* que ha dividido al mundo psicoanalítico, pues ha originado la controversia entre los psicólogos del Yo norteamericanos y los lacanianos europeos en cuanto a la lectura y exégesis de la nueva estructura freudiana del aparato psíquico.

d) **1924-1939:** Período final hasta la muerte de Freud, con escritos de asuntos muy variados. Desde nuestra óptica sobresalen *tres grandes temas*, inconclusos todos en los textos freudianos, pero que indican líneas de desarrollo valiosas y totalmente actuales: 1) *Nuevas consideraciones en cuanto al desarrollo psicosexual*, motivadas por la revisión teórica que supone el que *la niña* sea tomada en cuenta para el estudio del desarrollo, con la entrada definitiva del concepto de complejo de castración (Freud, 1924c; 1925c) 2) *Estudio de la sexualidad femenina*, tema consecuencia del anterior, (Freud, 1931b y 1933a, lección XXXIII), objeto de grandes y justificadas críticas por parte de psicoanalistas de ambos sexos y 3) posible *ampliación de la teoría y técnica psicoanalíticas* hacia las denominadas «nuevas patologías» en psicoanálisis (García de la Hoz, 1996b), que no son otra cosa que lo que Killingmo (1989, 1995) conceptúa como conflictos por *déficit*, y que han estudiado tanto Kohut (1977, 1980) [véase Capítulo 5] como Kernberg (1979, 1987) [véase Capítulo 7] desde vertientes teóricas distintas, y antes que todos ellos Michael Balint (1982) [véase Capítulo 6]. En cuanto a la salida de la teoría y técnica psicoanalíticas del terreno en el que Freud las situó, el de las neurosis y la represión, para pasar, en nomenclatura del DSM-IV, a los trastornos de personalidad en su conjunto, son pertinentes dos trabajos freudianos (1927 y 1940b).

Cuadro 1. La obra y correspondencia de Sigmund Freud en castellano

Ediciones en castellano de las Obras Completas:

- *Obras Completas*, 3 vols. Traducción de Luis López-Ballesteros y de Torres y revisada por Jacobo Numhauser Tognola, Madrid: Biblioteca Nueva, (1922); (Las principales ediciones revisadas son las de 1973 y



1981; Hay también una versión en 9 volúmenes con la misma disposición: Madrid, Biblioteca Nueva, 1972; reeditada en 1999 en diferentes formatos pero con idéntico contenido)

- *Obras Completas*, 23 vols. Traducción de J. L. Etcheverry y L. Wolfson, Buenos Aires: Amorrortu Ed. (1978-1982)
- *Freud Total v. 2.0* Buenos Aires: Ediciones Nueva Hólade, 2000. Versión en CD-ROM de las *Obras Completas* en la versión de Biblioteca Nueva más material gráfico e índices]

Correspondencia:

a) Compilaciones generales

- *Epistolario (1873-1939)*: Traducido de la edición inglesa por Joaquín Merino Pérez; Madrid: Biblioteca Nueva, 1963. [correspondencia con W. Fliess más una selección de cartas con diferentes interlocutores]
- Caparros, N. (Ed.). (1996-2002). *Correspondencia de Sigmund Freud. Vol.I: La prehistoria del psicoanálisis; Vol. II: El descubrimiento del inconsciente; Vol.III: Expansión: La Internacional Psico-Analítica; Vol. IV: La Gran Guerra. Consolidación; Volumen V: El ocaso de una época. Los últimos años.* Madrid: Biblioteca Nueva.

b) Correspondencias específicas

- Con Abraham: *Correspondencia S. Freud – K. Abraham (1907-1926)* Barcelona: Gedisa, 1979 [Compilación original de Hilda Abraham y Ernst L. Freud, 1965]
- Con Fliess: *Sigmund Freud, Briefe an Wilhelm Fliess 1887-1904*, compilación de Jeffrey Moussaieff Masson con la colaboración de Michael Schröter y Gerhard Fichtner, 1986.
- Con Jellife: *Jellife: American Psychoanalyst and Physician. His Correspondence with Sigmund Freud and C.G. Jung*, Edición de William McGuire. Chicago, The University of Chicago Press, 1983.
- Con Jung: *Correspondencia S. Freud – C.G. Jung*, Madrid: Taurus, 1978 [Compilación original de William McGuire y Wolfgang Sauerländer, 1974; 3ª reimpresión corregida: 1979]
- Con Pfister: *Correspondencia S. Freud - O. Pfister (1909-1939)*. México: Fondo de Cultura Económica, 1966 [Compilación original de Ernst L. Freud y Heinrich Meng, 1963]
- Con Putnam: *James Jackson Putnam and Psychoanalysis. Letters between Putnam and Sigmund Freud, Ernest Jones, William James, Sándor Ferenczi and Morton Prince, 1877-1917* Edición de Nathan G. Hale Jr, Cambridge, Harvard University Press, 1971.



- Con Groddeck. Correspondencia Sigmund Freud/Georg Groddeck. Buenos Aires, Anagrama, 1977 [original 1970]
- Sigmund Freud. Cartas de juventud. Barcelona, Gedisa, 1992 [original 1989]
- Con Lou Andreas Salomé: *Correspondencia S. Freud-Lou Andreas Salomé (1912-1913)*, Madrid: Siglo XXI, 1968. [Compilación original de Ernst Pfeiffer, 1966]
- Con Silverstein: *S. Freud – E. Silverstein Briefwechsel*, Berna: Fischer Verlag, 1990.
- Con Edoardo Weiss: *Correspondencia Sigmund Freud-Edoardo Weiss. Problemas de práctica psicoanalítica*, Edición de Martin Grotjahn. Barcelona: Gedisa, 1979 [Original de 1970]
- Con Arnold Zweig: *Correspondencia S. Freud-Arnold Zweig (1927-1939)*, Buenos Aires: Granica, 1974; reeditado en Barcelona: Gedisa, 1980. [Compilación de Ernst L. Freud, 1968]
- Con Sándor Ferenczi: Brabant, E., Falzeder, E. y Giampieri-Deutsch, P. (2001). *Correspondencia completa de Sigmund Freud y Sándor Ferenczi Vol. I.1.: 1908-1911; Vol. I.2.: 1912-1914; Vol. 2.1: 1914-1916; Vol. 2.2: 1917-1919*. Madrid: Síntesis.
- Con Ernest Jones: *Paskauskas, R. Andrew (editor) Correspondencia completa de Sigmund Freud y Ernest Jones (1908-1939)* Madrid: Síntesis.
- Con Sam Freud: *Roberts, T. (editor) Viena y Manchester. Correspondencia entre Sigmund Freud y su sobrino Sam Freud (1911-1938)* Madrid: Síntesis.

Atención: Hay diferentes versiones de las obras completas de S. Freud. En las referencias incluidas en esta obra, la clave «BN» remite a la edición de Biblioteca Nueva de 1922 (consultada por la versión revisada en 1973, 3 vol.) mientras que la clave «AE» remite a la de 23 tomos en Amorrortu eds. publicada en Buenos Aires en 1976, que sigue la ordenación de la versión inglesa de J. Strachey).

3. EL DESCUBRIMIENTO DEL PSICOANÁLISIS: «ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA»

El psicoanálisis se genera en el ámbito de la clínica de las neurosis, y si queremos ser más específicos, con la clínica de la «neurosis estrella» de finales del siglo XIX: la *histeria*. Desde los comienzos mismos (la relación con Breuer, las cartas a Fließ), Freud nos da cuenta de sus escarceos clínicos donde las neurosis ocupan prácticamente la totalidad del campo clínico. La estancia en París, más el recuerdo del caso «Anna O» de

Breuer, convencieron a Freud de que la histeria era la punta de lanza para su singladura hacia las profundidades de la mente y el descubrimiento de las fuerzas ocultas.

Con Breuer y en 1895, Freud publicó los *Estudios sobre la histeria*, obra que es reputada como la primera importante en cuanto al origen del psicoanálisis. El propio recorrido de la gestación del libro y su estructura es muy ilustrativo sobre su contenido y sobre la colaboración de los dos autores. La propuesta partió de Freud a su protector y amigo y éste aceptó a regañadientes puesto que no era muy partidario de sacar a la luz el historial clínico de «Anna O», que a Freud le parecía imprescindible. Freud logró vencer la resistencia de Breuer y en 1893 publicaron conjuntamente la famosa «Comunicación preliminar» *El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos*, donde expusieron el principio básico de la terapia de la histeria:

Que los distintos síntomas histéricos desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador, y con él el afecto concomitante, y describía el paciente con el mayor detalle posible dicho proceso, dando expresión verbal al afecto. (OC, BN p. 43).

Y por ende que «el histérico padecería principalmente de reminiscencias» (OC, p. 44), es decir, de recuerdos que corresponden a traumas que no han sido lo suficientemente «descargados por reacción», o «abreaccionados». Esta *Comunicación Preliminar*, firmada por los dos, redactada en 1892, publicada en enero de 1893, se incorporó a los *Estudios sobre la histeria* como su primera parte. Tras la *Comunicación preliminar* vienen los *historiales clínicos*, que son cinco: El primero de Breuer (Anna O, 1880-82, omitido en la versión de Biblioteca Nueva), y los cuatro restantes de Freud (Frau Emmy, 1889; Miss Lucy, 1892; Catherina, 1893 y Isabel de R. 1892). En el texto, y sobre todo en notas a pie de página del caso Emmy, también se hallan grandes pinceladas de otro caso, «Cecilia M.», y en la epicrisis del «caso Isabel» nos encontramos asimismo con un amplio informe de otro caso, «Rosalía H»; tras éste, una tercera parte teórica redactada por Breuer, y por último, una cuarta con la contribución de Freud *Sobre la psicoterapia de la histeria*, donde por vez primera se vislumbra un atisbo del funcionamiento inconsciente y una teoría de la resistencia.

Cuadro 2. Contribuciones teóricas al Psicoanálisis que ya están presentes en los «Estudios sobre la Histeria» de Breuer y Freud (1895)

Los principales temas psicoanalíticos que ya están presentes en los *Estudios sobre la Histeria* (1895) son los siguientes:

- **Oposición YO/LIBIDO.** El conflicto neurótico se situaba en el interior del propio sujeto y Freud llegó a vislumbrar que se trataba de algo del orden del deseo (libidinal) que por su intensidad podía poner en peligro la estabilidad del yo. Esto se puede observar en todos los casos de los *Estudios*. Esta oposición encajaba a la perfección con la teoría biológica de las pulsiones del momento, que venía a decir que un ser vivo busca su reproducción para que la especie persevere (pulsión de reproducción, o sexual, o libidinal) y también busca conservarse como ente biológico (pulsión de conservación). De esta forma el Yo, para Freud, era lo que se oponía a lo libidinal. El yo era el encargado de reprimir el deseo libidinal y la represión se consideraba como un esfuerzo de desalojo voluntario (Cf. el caso Lucy) de alguna idea intolerable, por lo que la psicoterapia debía seguir el camino opuesto y doblegar al yo para que integre esa idea en el circuito consciente de representaciones. Como se observa, el inconsciente aquí es topográfico.
- **Sentido del síntoma histérico.** Los síntomas son representaciones deformadas de lo libidinal reprimido y, a la vez efecto, del mismo proceso represor. Es una especie de «solución» (patológica, por supuesto) del conflicto YO/LIBIDO. El síntoma satisface a las dos partes, es a la vez un castigo y un representante del deseo. Esta concepción del síntoma neurótico es completamente válida en la actualidad, y por ello las terapias encaminadas a su eliminación sin más, impedirían el trabajo de elaboración y resolución del conflicto que lo produjo.
- **Noción de resistencia.** Se trata de la fuerza que el yo opone —en forma más o menos desconocida para el propio sujeto—, para el advenimiento de la representación libidinal a la conciencia. Es un concepto que hay que restringir al plano clínico, al plano terapéutico. La misma fuerza que impulsó a reprimir ciertas ideas o representaciones por ser intolerables, poco éticas o peligrosas, es ahora la que se opone a su surgimiento en la psicoterapia. En los *Estudios* existe una magnífica configuración de la resistencia, en el capítulo *Psicoterapia de la histeria*. Freud se la representa triplemente estratificada (OC. BN pp. 158-159), de modo que al existir un nódulo patógeno, la resistencia se hace mayor en la medida que la psicoterapia se va acercando a dicho nódulo.



- ***Lo inconsciente coincide con lo reprimido.*** Afirmar que lo reprimido y lo inconsciente coinciden es señalar que, en este momento de iniciación teórica de Freud, el hecho del conocimiento y la cura coinciden. Freud pronto se dará cuenta de que este modelo, que puede servir parcialmente para la histeria, no funcionará de la misma forma para la neurosis obsesiva, donde el conocimiento e incluso la verbalización, no coinciden con la resolución de las ideas y actos obsesivos. La ampliación del concepto de inconsciente más allá de lo meramente reprimido se puede ver en *Lo inconsciente* (Freud, 1915e pp.2075-6) y sobre todo en *El yo y el ello* (1923 p.2704).
- ***Primer periplo de la técnica psicoanalítica.*** A través de los casos expuestos en los *Estudios*, podemos ir siguiendo el desarrollo freudiano en cuanto a la técnica. El caso Ana O. de Breuer es un claro ejemplo de como empleó éste la *técnica catártica*. En el caso de Emmy, Freud empleó la *hipnosis y la sugestión*, y comprobó que sus resultados no eran del todo satisfactorios. Con Lucy, tras inspirarse en algo visto con Bernheim, ensayó con éxito la *técnica del apremio o mano en la frente*, puesta en juego cuando la paciente se interrumpía en el flujo de sus ocurrencias. Con Isabel R. introdujo la técnica de concentración mental, sin hipnosis, ni manos, puro «análisis psíquico», clara muestra de lo que ya podía denominarse *asociación libre*, que ya quedará como definitiva, para después dar origen a la regla fundamental de la terapia psicoanalítica. Con posterioridad a Freud se han establecido muchas variantes técnicas, fundamentalmente en virtud del diagnóstico psicopatológico.

El descubrimiento del psicoanálisis y del tratamiento psicoanalítico derivó en estos primeros momentos en la construcción de una *teoría sobre las neurosis*. Las neurosis han sido, y son aún en gran medida, el campo teórico privilegiado del psicoanálisis. Freud siempre tuvo la intención de afianzar una teoría sobre ellas, y desde el comienzo mismo dirigió sus esfuerzos en este sentido. Los *Estudios* representan, en gran medida, la primera tentativa, pero como el propio Freud reconoció, no intentó «fijar la naturaleza de la histeria, sino tan sólo esclarecer la génesis de sus síntomas» (Freud, 1925b, p.2769). Y aunque en los casos de Freud encontramos elementos sexuales, «por los *Estudios sobre la histeria* no sería fácil adivinar la importancia de la sexualidad en la etiología de las neurosis» (ibídem p. 2770). Con todo, Freud se convenció muy pronto de que la *etiología sexual* era fundamental en la génesis de las neurosis. Sobre cómo adquirió esta convicción disponemos de sus propios testimonios (1914), cuando señala las opiniones que, *sotto voce* y de modo extraoficial, escuchó de tres hombres que le merecían todo el respeto y admira-

ción, el propio Breuer, Charcot y Chrobak (profesor de ginecología de la Universidad de Viena), opiniones que no confirmaron cuando quiso contrastarlas con ellos.

En cualquier caso, Freud no consideró los *Estudios* una teoría acabada de la histeria o de las neurosis, porque en ellos faltaban elementos esenciales que iban a llegar enseguida, como el descubrimiento de las pulsiones edípicas y con ellas el complejo de Edipo, además de una teoría acabada de la represión. Existe una primera intentona de teorizar sobre las neurosis, a la que luego Freud renunciará. Se trata de la *teoría de la seducción* (más específica que la del mero trauma), y que sobre todo le gustaba porque el factor sexual aparecía en primer plano. Pero a pesar de todo, Freud pudo comprobar en forma directa y clínica, los efectos de la sexualidad en las neurosis, preguntando a pacientes con diversa sintomatología somática como era su vida sexual actual. Aparte de costarle el abandono de muchos pacientes escandalizados, Freud llegó a formular la teoría de las llamadas por él «neurosis actuales», con la abstinencia sexual o las prácticas sexuales que no conducen al orgasmo. Freud enseguida comprobó que estas neurosis que el relacionó eran refractarias a los efectos de la terapia psicoanalítica. Más que nada porque la supuesta etiología sexual era puramente actual, y apenas tenía que ver con la historia pasada del sujeto. Sin embargo, estos cuadros sirvieron para demostrar a Freud lo decisivo que podía ser el elemento sexual.

Para las neurosis transferenciales —o psiconeurosis en la nomenclatura freudiana— forjó la teoría del trauma o seducción. La mantuvo hasta 1897, momento en que instauró la *teoría edípica*. Esta propuesta que se consolidó como definitiva a lo largo de toda su trayectoria posterior, se mantiene aún hoy en el psicoanálisis clásico, y consiste en explicar las neurosis por la mala resolución de la situación edípica. En cuanto a la teoría de la seducción (o teoría traumática en el origen de la neurosis), Freud la sustituyó por la *teoría de la fantasía* (en la que se asume que son las fantasías las que están en la base de los conflictos y no necesariamente traumas reales). Este giro en la teoría de Freud ha sido objeto de numerosos y polémicos trabajos (v.g. Masson, 1985), pues todavía suscita debate acerca de si se debió realmente a una reconsideración de su propuesta teórica o una autocensura de corte ideológico, con objeto de evitar la confrontación con la sociedad y cultura de la época.

4. LAS APORTACIONES FUNDAMENTALES Y SU EVOLUCION

Las aportaciones fundamentales, resumiéndolas al máximo, pueden ser las siguientes: las teorías sobre las pulsiones, el estudio de los mecanismos psíquicos, la teoría sobre el desarrollo psíquico-sexual y el modelo psicoanalítico de la mente.

4.1. Teoría sobre las pulsiones

Freud se manifestó con orgullo y satisfacción respecto a la originalidad del vocablo alemán *Trieb*:

Llamamos a estas necesidades corporales, en la medida en que constituyen estimulaciones [Anreiz] para la actividad anímica, «*Triebe*» [pulsiones] un término que muchas lenguas modernas nos envidian. (Freud, 1926c, AE. 20, p. 187)

Freud aborda en forma decidida el espinoso tema de la definición de la pulsión en el año 1915. Por lo tanto, todo lo que va a escribir de la *Trieb* se refiere a su primera teoría de la misma. Resulta importante constatarlo, puesto que todas las características que se apuntan se ajustaban a la perfección a las denominadas *pulsiones sexuales*, no tanto a las que llamaba *pulsiones de conservación o del yo*. Y prácticamente nada a la posterior *pulsión de muerte* (1920), gran tema metapsicológico de los últimos años de Freud y generador de no pocas polémicas y confusiones en el mundo psicoanalítico.

En *Las pulsiones y sus destinos* (1915c) Freud escribe que:

... se nos muestra la «pulsión» como un concepto límite entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos procedentes del interior del cuerpo, que arriban al alma, y como una magnitud de la exigencia de trabajo impuesta a lo anímico a consecuencia de su conexión con lo somático. (OC. BN p. 2041).

Describió sus cuatro características: apremio, fin, objeto y fuente. El *apremio* —*Drang*— es el factor motor de la pulsión «esto es, la suma de fuerza o la cantidad de exigencia de trabajo que representa» (OC. BN p. 2042). Las pulsiones siempre son activas, aunque pueden ser de fin pasivo. La *meta* o el fin de la pulsión es siempre la satisfacción, que viene por la supresión del estado de excitación de la fuente misma. El fin es el otro extremo de la cadena pulsional. Puede haber pulsiones «coartadas en su fin», es decir, se recorre un trecho hacia la satisfacción, pero luego la pulsión sufre una inhibición o un desvío parcialmente placentero (OC.

BN p. 2042). Esto conduce directamente a la cuestión de la *sublimación* como fin pulsional inhibido en su fin, pero satisfacción al fin y al cabo, y sin que haya de por medio mecanismos represivos. El *objeto* es «la cosa en la cual o por medio de la cual puede la pulsión alcanzar su satisfacción» (OC. BN p. 2042), y resulta la más variable y lábil de sus cualidades. No hay una determinación orgánica hacia un objeto específico en la pulsión. Puede haber, como ocurre de hecho, múltiples sustituciones en cuanto al objeto, así como que un solo objeto sirva a varias pulsiones. Freud habla de *fijación*, cuando una pulsión se liga íntima y radicalmente a un objeto. La *fuerza* de la pulsión es para Freud «aquel proceso somático que se desarrolla en un órgano o una parte del cuerpo, y es representado en la vida anímica por la pulsión» (OC. BN p. 2042). El estudio de la fuerza de la pulsión lo deja para la Fisiología o para la Biología. Aunque la pulsión nazca en fuentes somáticas, no se nos da a conocer en el psiquismo sino por sus fines, y no resulta indispensable su conocimiento preciso.

A pesar de que algunos autores (Tizón 1988, p.189) han hablado de tres teorías de la pulsión en Freud, nosotros pensamos (con otros muchos como Lagache, 1974; Lacan, 1975; F. Villamarzo 1989; Gutiérrez Terrazas 1988 y 1998) que es erróneo. Lo que hay son dos teorías diferentes mediadas por un periodo que denominamos de transición, provocado por el vuelco teórico que la noción de narcisismo va a provocar en Freud.

La **primera teoría** abarca desde los orígenes (1895) hasta que en 1914 Freud redacta *Introducción al narcisismo* y mantiene la oposición entre dos grandes grupos de pulsiones: Las de reproducción y las de autoconservación. También se las reconoce respectivamente como pulsiones sexuales y pulsiones del yo (*Ichtriebe*). La oposición libido/yo del conflicto neurótico estaba perfectamente representada en esa teoría pulsional, pues era muy fácil relacionar la función de reproducción con la libido y la función de conservación con el yo.

Llamamos **periodo de transición** al comprendido entre la publicación de *Introducción al narcisismo* (1914c) y la publicación de *Más allá del principio de placer* (1920g). Ya hemos mencionado como todavía en el texto del narcisismo e incluso en otros posteriores (1915c), Freud sigue defendiendo su primera teoría, aunque es consciente de las dificultades de la misma, sobre todo terminológicas y metapsicológicas. Por un lado habla de «pulsiones del yo», siendo el «yo» una noción de gran vaguedad epistémica y ontológica, ajena al campo sexual, que por momentos se podría asimilar al «ser corporal» o físico. Pero por otro lado, Jung le había apuntado que en los casos de psicóticos, la investidura libidinal se plasma en el yo, con lo cual habría que hablar de una energía inespecífi-

ca y no de libido. Freud vislumbra con claridad cuál era el problema y en el texto del narcisismo se plantea preguntas que denotan la imprecisión terminológica:

Si atribuimos al *yo* una carga primaria de libido, ¿para qué precisamos diferenciar una libido sexual de una energía no sexual de las pulsiones del *yo*? ¿La hipótesis básica de una energía psíquica unitaria no nos ahorraría acaso todas las dificultades que presenta la diferenciación entre energía de las pulsiones del *yo* y libido del *yo*, libido del *yo* y libido objetal? (OC. BN p. 2019)

La **segunda y definitiva teoría** freudiana abarca desde la publicación del escrito fundamental *Más allá del principio del placer* en 1920, hasta 1939, fecha de la muerte de Freud. A lo largo de todo este periodo, y a pesar de las dificultades que se plantearon ya en vida del autor, para él resultó indispensable la nueva dicotomía pulsional, y lo escribía y verbalizaba en cualquier ocasión propicia. Se trata del planteamiento de la pulsión de muerte [*Todestrieb*] y su oposición dialéctica a las pulsiones de vida [*Lebenstriebe*].

Freud (1920g) propone la pulsión de muerte a partir de varios indicadores heterogéneos que, en su opinión, demostraban la insuficiencia de la dialéctica entre el principio del placer y el de realidad para explicar el funcionamiento y acontecer psíquico. Estos indicadores fueron básicamente los sueños de angustia (las populares «pesadillas»), los enfermos de neurosis traumática, los fenómenos clínicos de la reacción terapéutica negativa y la repetición transferencial. En todos estos fenómenos lo que destacaba como factor común era el tema de la *repetición*. La compulsión a la repetición [*Wiederholungszwang*] se convirtió en el *leifmotiv* de toda pulsión, que llevaría al ser vivo al estado inanimado del que partió. El movimiento pulsional es un retorno al origen tras el decurso vital: la meta de toda vida es la muerte. «Lo inanimado era antes que lo animado» (OC. BN p. 2526) eran frases que sintetizaban el pensamiento freudiano en esos momentos. Ahora la pulsión se definía por

... la tendencia propia de lo orgánico vivo a la reconstrucción de un estado anterior, que lo animado tuvo que abandonar bajo el influjo de fuerzas exteriores, perturbadoras; una especie de elasticidad orgánica, o, si se quiere, la manifestación de la inercia en la vida orgánica (OC. BN p. 2525).

Freud era conocedor de que esas ideas habían sido expuestas por otros pensadores en distintas formas, como Nietzsche en su «eterno retorno de lo mismo», o Schopenhauer, el filósofo pesimista que quizás más le influyó, o Fechner con su «tendencia a la estabilidad». También era consciente del alto vuelo especulativo que suponía la nueva teoría.

4.2. Los mecanismos psíquicos

Freud nunca llevó a cabo un estudio sistemático de los mismos, aunque a lo largo de toda su obra, y sobre todo con los desarrollos de sus continuadores (Anna Freud, Melanie Klein y los psicólogos del Yo), siempre han estado implicados estos tres lugares comunes: A) Mecanismo «defensivo» vs. mecanismo «normal». B) Mecanismos y su relación con el desarrollo psíquico y C) Mecanismos en relación con la patología mental.

A) En cuanto a lo primero, nuestra propuesta es hablar de **mecanismos psíquicos** inherentes a todo ser humano, los cuales, en virtud de su *uso abusivo* o por su *elevada intensidad*, se pueden convertir en patológicos para el sujeto, ya sea en forma coyuntural, o más o menos permanente. Así, los consideramos como operaciones instrumentales al servicio y desarrollo del sujeto, y con una función de aprendizaje, comunicación y de reducción de angustia. Únicamente debido a su utilización exclusiva o abusiva y/o por su extrema intensidad, se concretan en mecanismos defensivos propiamente dichos. Como ocurre con otros términos en psicoanálisis (por ejemplo, la *Verarbeitung* [elaboración psíquica]), es conveniente distinguir un uso psicológico general de un uso clínico. *Mecanismo de defensa* es una noción clínica, que alude a un conjunto de operaciones psicológicas generales del sujeto, es decir, a sus propios *mecanismos psíquicos*. En otras palabras, el contenido, el material psíquico, es el mismo, sólo que hablamos de dos contextos diferentes: el contexto psicológico general y el contexto clínico.

Freud, aunque no en forma sistemática, distinguía desde el principio (1950a [1895]) entre la *defensa normal* y la *patológica*. Explicó esta última por una especie de desbordamiento de la excitación interna contra la que el sujeto no había establecido un aprendizaje defensivo (normal). En uno de sus últimos trabajos (1937c) lo expuso así:

Desde luego que cada persona no emplea todos los mecanismos de defensa, sino cierta selección de ellos, pero estos se fijan en el interior del yo, devienen unos modos regulares de reacción del carácter, que durante toda la vida se repiten tan pronto como retorna una situación parecida a la originaria. Así pasan a ser infantilismos que se afanan en conservarse cuando ha pasado la época de su idoneidad (OC. AE., Vol. XXIII, p. 240).

B) La **relación entre mecanismos y desarrollo psíquico** está presente en Freud y se encuentra en forma diseminada en algunos de

sus escritos (1926b). La hipótesis básica, expresada sintéticamente, viene a decir que determinados mecanismos entran en juego en diferentes momentos del desarrollo psíquico. Así, por ejemplo, no podemos sublimar hasta que no estamos en posesión de determinadas capacidades cognitivas, como tampoco podríamos reprimir en ausencia de otras capacidades yoicas. Freud afirmaba que «el yo tenía que ser desarrollado» (1914c, OC. BN. p. 2019) y que «puede también suceder, en efecto, que el aparato anímico emplee, antes de la precisa separación del **yo** y el **ello** y antes de la formación de un **super-yo**, métodos de defensa distintos de los que pone en práctica una vez alcanzadas estas fases de su organización» (1926b, OC. BN p. 2878)

- C) La **relación entre mecanismo y patología mental** es un corolario de los dos apartados anteriores. Si los mecanismos van surgiendo en las sucesivas etapas del desarrollo, integrándose unos con otros, y puede establecerse una utilización patológica (por su uso exclusivo y/o su desorbitada intensidad), también se puede establecer que las distintas enfermedades mentales se caractericen por la utilización predominante de ciertos mecanismos. Estos podrían ser los más representativos de dicha patología, y ocuparían un lugar clave en el desarrollo del sujeto.

También esta idea es una intuición de Freud, aunque esta línea de investigación no le preocupó demasiado. Por unas frases escritas en una carta abierta a Romain Rolland, justo en el mismo año de publicación del libro de su hija *El yo y los mecanismos de defensa* (1973 [1936]), parece como si este campo de investigación lo dejara para Anna Freud:

Existe una extraordinaria cantidad de métodos —«mecanismos» los llamamos nosotros— que el *yo* utiliza para cumplir sus funciones defensivas. En mi más íntima cercanía veo progresar actualmente un estudio dedicado a dichos métodos defensivos: mi hija, la analista de niños, escribe un libro al respecto. (OC. BN. p. 3332)

Cuadro 3. Los mecanismos de defensa en los escritos freudianos

El interés específico por los mecanismos de defensa no ocupó demasiado la mente de Freud. Sólo a intervalos irregulares. Quizás por ello se pueden observar algunas contradicciones, dudas y vacilaciones conceptuales en cuanto a su descripción, sobre todo en cuanto a su relación con su



fundamental **teoría de la represión**. En algunas ocasiones, las nociones de defensa y represión aparecen sinónimas e inseparables en los escritos freudianos, y en otras las diferencia con claridad, para volver a confundirlas más tarde.

En cuanto a la **relación defensa/represión** hay cuatro momentos claves: 1894, con el trabajo *Las neuropsicosis de defensa*; 1900, con la *Interpretación de los sueños*, 1926 con la publicación de *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Y un periodo más, a partir de 1926, que culmina con la redacción de dos trabajos en 1938, publicados póstumamente (1940a y 1940b).

- A) Al comienzo, cuando aún no estaba construida la teoría de la represión en las neurosis, Freud usaba el *concepto de defensa* para subrayar la parte conflictiva que el sujeto intentaba eliminar de sí mismo, y en *Las neuropsicosis de defensa* (1894) describió hasta tres maneras de llevar a cabo esa tarea: Por *conversión* (transformación de la magnitud del estímulo en excitaciones somáticas); por *transposición de afecto o desplazamiento* del mismo a elementos nimios e indiferentes; y por *repudio* (*verwerfung*) enérgico de las representaciones intolerables. Sin mayores precisiones endosó la primera forma a la histeria (que por eso tomó la forma de histeria de conversión), la segunda a las fobias y representaciones obsesivas y la tercera a las **psicosis**.
- B) Con la redacción y la publicación (1900) de la *Interpretación de los sueños*, la represión (*Verdrängung*) substituyó por completo al concepto de defensa, y ocupó todo el campo. En todo este largo periodo hasta 1925, represión (*Verdrängung*) ha de entenderse como proceso defensivo general.
- C) En el texto de 1926 *Inhibición, síntoma y angustia* antes mencionado, Freud estableció algunas precisiones fundamentales, que exponemos en las siguientes citas:

«... hemos vuelto a adoptar un término que nos sirvió hace treinta años, al principio de nuestros estudios y que después abandonamos. Este término es el de «proceso de defensa». Al abandonarlo, lo substituímos por el de «represión», pero sin determinar la relación entre ambos. Creemos que ha de sernos ahora muy ventajoso adoptar de nuevo nuestro antiguo concepto de defensa, empleándolo como designación general de todas las técnicas de que el Yo se sirve en conflictos conducentes a la neurosis y reservando el nombre de «represión» para un método especial de defensa que la orientación de nuestras investigaciones nos dio primero a conocer» (OC. BN. p.2877)

«Estas experiencias [se refiere al *aislamiento* y a la *anulación o conjuero*, como procedimientos específicos de la neurosis obses-



siva], son razón más que suficiente para acoger de nuevo nuestro antiguo concepto de defensa, que puede abarcar todos estos procesos tendentes a un mismo fin —a la protección del Yo contra las experiencias de las pulsiones—, y subordinar a él la represión como un caso especial» (OC. BN. p.2878)

D) Este último momento freudiano está marcado por el creciente interés de Freud en las «nuevas patologías», que ya no se explican por la clásica teoría edípica. Hemos comentado (García de la Hoz, 1996a) que estos desórdenes son un campo de desarrollo que continuaron, entre otros, Balint (1982), Kohut (1977 y 1980) y Kernberg (1979 y 1987), con consecuencias importantes para la teoría y la técnica. Este último periodo se ve acompañado por el auge de un proceso defensivo peculiar, la renegación [*Verleugnung*], que a Freud le interesa especialmente distinguir de la represión. Este último es considerado como mecanismo prototípico de las neurosis, dejando la renegación para otros avatares clínicos (psicosis y/o trastornos de la personalidad).

Resumiendo: Freud comenzó usando la palabra defensa y describiendo tres en primer lugar (conversión, transposición de afecto y repudio); luego, tras el fracaso de la teoría de la seducción, elaboró la teoría de la represión como marco general de los procesos defensivos, asimilándolos a lo inconsciente (estudiar el inconsciente equivalía a estudiar la represión); con el estudio de sus famosos historiales clínicos se vio obligado a describir varias formas de represión (por ejemplo, el aislamiento); más adelante se vio obligado a volver a utilizar la noción de defensa en general, para considerar la represión como un proceso defensivo más, dada la excesiva carga semántica que ya poseía el concepto represión; finalmente, y de nuevo obligado por la clínica, volvió a considerar a la *represión* como prototípico *mecanismo neurótico*, frente a la *renegación* como *mecanismo no neurótico*.

Dentro de esta oposición neurótico/no neurótico, no hay repugnancia en considerar la represión como la defensa genuina de las neurosis, en las cuales a su vez observamos distintos procesos afines, tales como el aislamiento (neurosis obsesiva), la anulación (neurosis obsesiva), o la represión propiamente dicha (neurosis histéricas y fóbicas).

4.3. El desarrollo psicosexual

El término *psicosexual* es fundamental para la perfecta comprensión de los planteamientos freudianos sobre la sexualidad, pues nunca se trata sólo de la vertiente biológica y/o fisiológica de la misma, sino, sobre todo, de su vertiente psíquica o psicológica. A pesar de apoyarse a menu-

do en palabras preñadas de contenido biológico, e incluso en zonas corporales precisamente delimitadas, lo que resulta más importante son los significados psíquicos que cada desarrollo sexual va aportando a la constitución global de la personalidad del sujeto.

Freud (1905) realizó su planteamiento sobre la sexualidad infantil, algo que probablemente todo el mundo conocía, pero sobre lo que en esa época nadie describía en forma seria. Como resultado de una evolución lenta y progresiva de sus ideas, el desarrollo libidinal (psicosexual) del sujeto parte en Freud desde la primera infancia, y alcanza su punto culminante cuando las tendencias sexuales (parciales o pregenitales hasta entonces), se organizan en torno a una zona concreta, la genital. Este hecho acontece también en la primera infancia, con lo que la primacía hegemónica de la supuesta capacidad de procreación o reproducción propia de la pubertad, que era cuando se reconocía la aparición de la sexualidad antes de las teorías de Freud queda relegada a un segundo plano. Hoy en día es un hecho totalmente consolidado.

La libido: Aunque Freud (1923) confiesa haber tomado el término *libido* de Albert Moll en sus *Investigaciones sobre la libido sexualis* (1898) —que lo usaba en el sentido de las manifestaciones dinámicas de la sexualidad—, y que su labor fue introducirlo en la teoría psicoanalítica (OC. 2674), lo cierto es que antes de la publicación de Moll ya había usado dicha palabra, si bien no se podría afirmar con certeza que conociera o no el uso que Moll había hecho de tal término. Es decir, no podemos certificar la paternidad del uso del vocablo *libido*, aunque a Freud le correspondió su popularidad al usarlo para sus construcciones teóricas.

Freud formuló a lo largo de sus escritos varias definiciones del concepto de *libido*, pero sólo presentaremos la que parece más abarcadora y de acuerdo ya con la segunda y definitiva teoría pulsional de Freud. Se encuentra en *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921):

Libido es una expresión tomada de la doctrina de la afectividad. Llamamos así a la energía, considerada como magnitud cuantitativa —aunque por ahora no medible—, de aquellas pulsiones que tienen que ver con todo lo que puede sintetizarse como «amor». El núcleo de lo que designamos «amor» lo forma, desde luego, lo que comúnmente llamamos así y cantan los poetas, el amor cuya meta es la unión sexual. Pero no partamos de ello lo otro que participa de ese mismo nombre: por un lado, el amor a sí mismo, por el otro, el amor filial y el amor a los hijos, la amistad y el amor a la humanidad; tampoco la consagración a objetos concretos y a ideas abstractas (OC. AE. Vol. XVII, p. 86).

Las fases del desarrollo libidinal: Son ampliamente conocidas y populares, y sin duda, su éxito ha tenido que ver por asentarse en un len-

guaje metafórico fuertemente biologizado, que luego se ha ido preñando de connotaciones psíquicas con el transcurso de los tiempos. Son mencionadas puntualmente en cualquier tratado de teoría psicoanalítica, sea éste divulgatorio o más específico, así como en cualquier diccionario psicológico, psicoanalítico o no. El texto básico aquí es *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), en las sucesivas reediciones que Freud dio en vida a ese libro, fundamentalmente didáctico.

La línea argumental básica es que en el desarrollo hay una zona rectora (zona erógena), por la que discurre de forma predominante la organización libidinal, zona que se va abandonando progresivamente, pero que va dejando restos más o menos imperceptibles para las sucesivas utilizaciones y transformaciones de la libido. Además de la *primacía de la zona*, se produce un *predominio de un tipo de relación con el entorno*. De esta forma el máximo grado de desarrollo consistiría en alcanzar el nivel genital de intercambio sexual recíproco, que en ocasiones, en Freud, va unido a la capacidad de reproducción del ser humano.

- A) La *fase oral*. Se puede ver descrita en las secciones 2, 3, y 6 del segundo de los tres ensayos (1905), *La sexualidad infantil*, en textos amalgamados de las sucesivas ediciones que Freud realizó de dicho libro.

Es la primera en la evolución libidinal, y abarca los primeros seis o diez meses, por lo que el placer sexual estaría ligado a la actividad buco-labial, que acompaña la alimentación. Esta actividad nutricia marcaría el tono de la relación de objeto propia de esta fase: comer o ser comido, incorporar o ser incorporado. Para su concepción, Freud se apoyó en las observaciones de un pediatra húngaro de su tiempo, Lindner, y en lo que éste caracterizó en 1879 como el placer del «chupeteo» [*Ludeln o Lutschen*].

Freud mostró cómo la pulsión sexual se satisface por apoyo [*Anlehung*] en una función vital, y que poco a poco adquiere autonomía respecto a ella. Es decir, sobre la experiencia de satisfacción biológica se crea la libidinosa. Cuando se emplea la expresión «pulsión oral» o «placer oral», hay que descartar la relación exclusiva con la comida. Abraham (1924) propuso la subdivisión de esta fase en orden a dos actividades fisiológicas distintas: succión (fase oral primaria) y mordisco (fase oral sádica). Esta última correspondería a la aparición de los primeros dientes. La mordedura implicaría fantasmáticamente la destrucción del objeto. Por contra, también estaría el fantasma de ser comido por la madre. Estos desarrollos de Abraham influirán decisivamente en los planteamientos de M. Klein (véase el Capítulo 6).

B) La fase **anal**. Se describe en las secciones 4 y 6 del segundo de los tres ensayos (1905): *La sexualidad infantil*, aunque como en el caso de la fase anterior, también puede verse la lección XXI de *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (Freud, 1916-17) Segunda fase del desarrollo libidinal, que se suele situar aproximadamente entre dos y cuatro años. Esta organización se halla bajo la primacía de la zona erógena anal y la relación con el entorno se asienta sobre las funciones de expulsión y retención de las heces y su valor simbólico para el niño. Sin duda, el éxito del nombre «anal» ha tenido que ver por referirse a una actividad que en nuestra cultura es fuente de conflictos: Al niño hay que educarle para que vaya haciendo la emisión de heces en los lugares, momentos y modos oportunos.

Se trata de la fase que más connotaciones psíquicas y de carácter ha suscitado, a través de la metaforización de las heces. En ello tuvo mucho que ver Freud (1908b), al relacionar ciertos rasgos de carácter del adulto con el erotismo anal derivado de esta fase infantil: orden, terquedad y tacañería. Puede ser éste un grave problema epistemológico y que provoca relaciones demasiado simplistas, así como malentendidos peligrosos.

Es la primera fase en la que se da una polaridad activo-pasivo, haciendo coincidir la actividad con el sadismo, o dominio sexual del objeto, y de ahí que a esta fase se la denomine *anal-sádica*. De la misma forma que con la fase anterior, en 1924, Abraham propuso la subdivisión de ésta en dos subfases coincidiendo cada una de ellas con el componente fundamental de la relación de objeto: La primera ligada a la evacuación y a la pulsión sádica de destrucción del objeto, y la segunda ligada a la retención y a la pulsión sádica de control posesivo del objeto.

C) La fase **fálico-genital**. Se describe por vez primera en *La organización genital infantil* (Freud, 1923b), artículo que llevaba entre paréntesis el sugestivo subtítulo de *Una interpolación en la teoría de la sexualidad*. Aunque no se trataba de una interpolación cualquiera. Se trataba de la última fase de desarrollo libidinal infantil que ya era propiamente genital (para Freud, sólo el desconocimiento del contenido seminal y la función de la vagina impedían al sujeto infantil la total comprensión de las funciones sexuales adultas), puesto que los genitales eran ya la zona de placer sexual (aunque sólo el masculino, el pene). Las anteriores organizaciones eran denominadas por Freud *pregenitales*. En cambio, ésta ya es *genital*, y representa el máximo grado de acercamiento de la sexualidad

infantil a la futura organización adulta que se alcanzará con la pubertad.

Es el momento máximo del desarrollo psicosexual, y coincide con la etapa edípica, lo que proporciona a ese momento un carácter crucial en muchos sentidos: o identidad sexual básica masculina o femenina, consolidación de los primeros valores morales del sujeto, importancia esencial para la manifestación de futuros trastornos mentales, etc. Hay que subrayar que esa coincidencia de la fase fálico-genital (que da pie a lo que se conoce como complejo de castración) con el momento más álgido del periodo edípico, ha de entenderse como la *confluencia entre un tipo de satisfacción sexual* —que finaliza un ciclo de desarrollo psicosexual infantil con todo lo que ello conlleva (*complejo de castración*)—, y *un modo básico de relaciones interpersonales y vinculares (complejo de Edipo)*, que ahora es necesario integrar para la correcta configuración de la identidad (masculina o femenina), y para la instalación en una posición como ser-moral frente al medio familiar y/o social. Ello es decisivo para el ser humano en su especificidad como ser vivo.

Se extiende a través de los tres a cinco años, aunque en sentido cronológico estricto nada se pueda decir situado fuera de toda duda. Freud incorporó esta fase a los *Tres ensayos* en una nota a pie de página en 1924 (OC. pp. 1210/11), lo que supuso una revisión de lo escrito en las ediciones anteriores de dicha publicación, en las que la organización sexual final sólo se adquiriría con la genitalidad puberal.

Sigue a las dos fases anteriores, y se caracterizaría por la unificación de las pulsiones sexuales en torno a la zona genital, aunque aún no se reconocen debidamente los dos sexos. La oposición aquí es *fálico-castrado*. Esta fase está provocada por la percepción de la diferencia sexual anatómica y por los efectos que produce en niños y niñas. En el niño, se caracteriza por la angustia de castración (que depende del interés narcisista del niño hacia ese órgano y del descubrimiento de la falta de pene en la niña), y en la niña, por la envidia de pene (suscitada por la percepción del pene en un niño).

Es la fase de predominio del *complejo de castración* y supone un momento culminante en sus relaciones con el *complejo de Edipo*. Ambos complejos estaban destinados a amalgamarse el uno con el otro, y eso fue lo que Freud efectuó de manera progresiva, hacia el final de su obra. La consecuencia principal fue la necesidad de ampliar su primera concepción del complejo de Edipo que era

simple y positiva: amor al progenitor del sexo opuesto y rivalidad con el del propio. La percepción de la diferencia sexual anatómica no podía no dejar de producir efectos y permanecer indiferente para la curiosidad de la mente infantil. El recorrido por los textos freudianos sobre la interrelación de los dos complejos es realmente apasionante. En el caso del complejo de Edipo, el término «complejo» no es una «tara» o «defecto». La tradición del sentido de la palabra «complejo» como «tara», «estar acomplejado», «tengo complejo de nariz larga», etc., no es de Freud, es de Jung, quien lo popularizó a partir de su test de asociación verbal. En Freud, complejo quiere decir complicado, estructura con redes de comunicación entrecruzadas, donde hay que considerar la posibilidad de que quede excluido un tercero (madre, padre, o hijo). Seguimos a Laplanche (1979, p. 153) cuando afirma que «*complejo* significa universalidad, organización de representaciones en relación a una imagen, lo que significa que hay un aspecto estructurante para el conjunto de la vida libidinal y, quizás, de la vida del individuo» (p. 161).

Como resumen final podemos esbozar un intento de definición actual de ambos complejos: **El complejo de Edipo**, es una estructura mental iniciática de lo social, en la que la introducción de un tercero en el proceso psíquico pulsional, marca la superación de las vinculaciones anteriores siempre duales. «Social» aquí debe ser entendido como sinónimo de triangular, pero social al fin y al cabo, porque lo importante no es la presencia de, al menos, tres miembros, sino la integración total de la complejidad de relaciones que se dan cuando el tercero está incluido en el proceso psíquico de cada miembro. Es decir, un primer sujeto, A, tiene en cuenta a un tercero, C, (aunque esté excluido físicamente), cuando se relaciona con un segundo sujeto presente, B. Esta idea está implícita en Freud, aunque no lo suficientemente marcada. Por eso al complejo de Edipo lo denominamos en esencia la estructura social mínima que se consigue a base de la regulación y el control de deseos, impulsos, etc., y el establecimiento de unas normas, leyes, etc.

El **complejo de castración** es igualmente otra estructura o situación complicada, donde lo esencial tiene que ver con la identidad corporal, con la integración de una imagen corporal, la cual se ve conmocionada por la percepción de la diferencia sexual anatómica.

El complejo de castración, en definitiva, aparece como un intento de respuesta sobre la necesidad de saber y explicar el ori-

gen de la diferencia de los sexos. Provoca una elaboración mental que difiere para los dos sexos. Para el niño se trata en esencia de la emergencia de una «angustia de castración». Para la niña, lo que Freud más destaca es la «envidia de pene» [*penisneid*]. Aunque no es claro que la ‘envidia’ del castellano o del francés, ocupe el mismo campo semántico que el *Neid* alemán. Pensamos que es más abarcativo y específico hablar para la niña de «un complejo de masculinidad» (locución también usada por Freud) que de «envidia de pene», en el sentido que la niña aspira, como el varón, a ocupar una posición de poder sobre sí misma y el mundo que le rodea.

4.4. El modelo psicoanalítico de la mente

¿Cuál es la causa de nuestros actos? ¿Cómo funciona nuestra vida psíquica? Freud trató de responder a estas preguntas durante toda su vida, ofreciendo un número variado de soluciones según su momento vital. El núcleo de todas ellas pasaría por el planteamiento de un modelo de funcionamiento psíquico, para lo que era necesario la construcción de una *ficción*: El **aparato psíquico** [*psychischer Apparat*], propuesta analógica para hacer inteligible lo oculto a la observación empírica.

Por un lado, el propio vocablo ‘aparato’ [*Apparat*], subraya la idea de *trabajo*, un trabajo que consistiría básicamente en mantener lo más bajo posible el nivel de tensión energética en el organismo. Las connotaciones fisicalistas son bastante claras, por lo que, por otro lado, se necesita el adjetivo ‘psíquico’ [*psychischer*], aunque Freud utilizó también ‘anímico’ [*seelischer*]. Como hemos dicho, hay que concebir al aparato psíquico como una ficción, es decir, como un modelo *heurístico* y, por supuesto, no pretender intento alguno de localización anatómica. Se trata de una representación, de un modelo analógico de la realidad psíquica que, aún partiendo y apoyándose en a) unos presupuestos anatómicos y/o neurológicos y en b) la observación de las conductas (las internas por introspección y las externas por observación), intenta representar la zona intermedia, oscura, la *caja negra* que especifique la actividad psíquica del ser humano.

El aparato psíquico se regiría por unos principios de funcionamiento. En la obra de Freud hay tres textos esenciales para observar cuáles serían dichos principios: *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico* (1911b), *Más allá del principio del placer* (1920g) y *El problema económico del masoquismo* (1924b).

En *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico* (1911b) es cuando nos encontramos por vez primera, explícitamente formula-

dos el **principio del placer** y el **principio de realidad**, como rigiendo todos los procesos psíquicos del ser humano. Por entonces, ambos principios se respaldaban sobre la primera teoría de las pulsiones de Freud y como sugieren Laplanche y Pontalis (1977), de ello resultaría que «las pulsiones sexuales seguirían siendo el dominio preferente del principio del placer, mientras que las pulsiones de autoconservación representarían rápidamente, dentro del aparato psíquico, las exigencias de la realidad» (p. 312). Pero esta aparente simplicidad planteó muchas dificultades a Freud, sobre todo desde la perspectiva genética, pues ambas pulsiones no tienen por qué seguir el mismo esquema evolutivo, ni muchísimo menos. De hecho, con la instauración de la teoría estructural, el yo se convertirá en la instancia encargada de garantizar el principio de realidad.

Con la introducción de la pulsión de muerte, Freud (1920g) se planteó que, en efecto, existía algo más allá del principio del placer. Conseguir el placer y evitar el displacer, y las restricciones que impone el principio de realidad, no serían ya el objetivo último del funcionamiento del aparato psíquico, como había creído hasta entonces. Más allá se encontraba la pulsión de muerte, cuya tendencia el organismo la va a expresar con otro principio que Freud tomó de una psicoanalista inglesa (Bárbara Low): el «principio de Nirvana». De esta forma, su pensamiento definitivo en cuanto a la articulación de los principios la expresó en los párrafos iniciales de su trabajo *El problema económico del masoquismo* (1924b), donde ya se descarga de todo el lastre lingüístico de sus primeras formulaciones. El placer y la realidad se asientan sobre la base del Nirvana primitivo, que es la expresión de la pulsión de muerte, pulsión ya decididamente arraigada e irrenunciable en el pensamiento freudiano.

4.4.1. Las formulaciones de Freud sobre el aparato psíquico

Son ya clásicas sus dos formulaciones del aparato psíquico. La primera la expuso en el capítulo VII de la *Traumdeutung* (1900a). La segunda en *El yo y el ello* (1923).

La primera se debe denominar con propiedad formulación tópica, y es un constructo hipotético expresado mediante una metáfora espacial en la que dibuja unos «lugares» (topos) imaginarios por donde discurren los contenidos psíquicos: Inconsciente [*Unbewusst*], preconscious [*Vorbewusst*] y consciente [*Bewusstsein*]. La segunda, estructural, mediante una metáfora organizacional, describe el aparato psíquico con tres estructuras (instancias) formadas progresivamente: Ello [*das Es*], Yo [*das Ich*] y Super yo [*das Über-ich*].

Primera formulación (Inconsciente- Preconsciente - Consciente)

En la obra de Freud podemos observar tres sentidos, progresivamente desarrollados, a la hora de considerar el *inconsciente*: un sentido meramente descriptivo, un sentido dinámico y un sentido estructural.

En *sentido descriptivo* (todo lo que no está en el campo actual de la conciencia) el inconsciente no es polémico en psicología moderna y apenas requiere confirmación empírica. Aunque así no se discrimina entre inconsciente y preconsciente. El *sentido dinámico* o inconsciente propiamente dicho, designa un sistema específico constituido por los contenidos reprimidos, los representantes de las pulsiones (que Freud llama «representaciones inconscientes» o «representaciones cosa» [*Sachvorstellung*]). Estos contenidos van a estar sometidos a los mecanismos específicos del proceso primario (condensación y desplazamiento), están permanentemente activos y buscan de continuo el acceso a la conciencia, cosa que sólo consiguen mediante un compromiso, después de haber sido sometidos a ciertas deformaciones. Tienen que ver con los deseos más infantiles.

El *preconsciente* usado como sustantivo sería el sistema intermedio del aparato psíquico, claramente distinto del inconsciente. Sus contenidos son inconscientes en sentido descriptivo, pero se diferenciarían dinámicamente de los inconscientes, por su más fácil accesibilidad a la conciencia (por ejemplo, conocimientos o recuerdos no actualizados) y por no estar separados de la conciencia por el mecanismo de la represión. Sus contenidos (las «representaciones palabra» [*Wortvorstellung*], de Freud), se rigen por el proceso secundario caracterizado por el principio de la realidad y por la aceptación de la identidad de pensamiento. Tales contenidos serían susceptibles de conciencia con un esfuerzo de atención por parte del sujeto. El mecanismo freudiano típico de este sistema es la supresión [*Unterdrückung*].

Sobre *lo consciente* el psicoanálisis no tiene mucho que añadir a lo aportado por la psicología anterior a Freud. Por ejemplo, por W. James. Lo específico freudiano es añadir a las psicologías de la conciencia las dimensiones preconsciente y, sobre todo, inconsciente. Los contenidos psíquicos conscientes, que son los mismos que los de los otros sistemas, sólo se diferencian de ellos por ser «puntualmente autopercebidos y directamente actualizados» (F. Villamarzo, 1989, p.231), es decir, no están bajo represión (*Verdrängung*), ni bajo supresión (*Unterdrückung*).

Segunda formulación: Ello - Yo - Super yo

No debe creerse que una formulación substituye a la otra, aunque es cierto que partir de 1923, lo inconsciente queda como una mera *cualidad*

de lo psíquico, y no tanto como lo que puede representar a un sistema por completo (como sucedía en la primera tópica). Ahora, «inconsciente» es para Freud un adjetivo de lo psíquico y no un sistema sustantivo que pueda definir el objeto de toda una disciplina teórico-psicológica. *Desde 1923, lo inconsciente no coincide con lo reprimido, así como tampoco la conciencia es lo privativo del yo.* Estas dos afirmaciones no encajaban con la primera formulación, por lo que era necesario otro esquema teórico.

El **Ello** (*das Es*) es el polo pulsional de la personalidad. Sus contenidos, expresión psíquica de las pulsiones, son inconscientes. Es el reservorio primario de la energía psíquica. Freud conserva la idea fundamental de Groddeck (1973), introductor del concepto, en cuanto a la pasividad del yo frente al impulso de fuerzas desconocidas e ingobernables; somos «vividos» por el ello. Parece claro, sin embargo, que un sujeto humano no podría funcionar regido únicamente por esta instancia. Sería insostenible; tan insostenible como guiarse por lo «real puro» (Lacan 1975, p.382). Se necesita una estructura más eficaz, más ajustada a la realidad circundante, y a la vez capaz de beneficiarse de la experiencia pasada, es decir, que aprenda. Una parte del ello se va a diferenciar, a singularizar a lo largo del tiempo, y se va a convertir en la estructura yoica.

El **Yo** (*das Ich*) es el gran atolladero teórico de la metapsicología freudiana, el término más controvertido.

En la obra de Freud podemos observar varios sentidos de la noción de yo, hasta que en 1923 parece alcanzar un sentido estable: se trataría de una instancia más del aparato psíquico que se ocuparía de mantener el equilibrio en el sistema. Por un lado haciendo frente a las demandas pulsionales del ello, (y poniendo en marcha, a veces inconscientemente, los mecanismos de defensa), por otro intentando satisfacer las exigencias de la moral (super-yo) y, por último, tratando de ajustarse con la realidad exterior. No es raro, pues, que Freud haya titulado uno de los capítulos de *El yo y el ello, las servidumbres del yo*. La instancia yoica agrupa ahora funciones y procesos que, en la primera tópica, estaban repartidos entre varios sistemas.

También la noción de **Super-yo** (*Über-ich*) fue introducida en *El yo y el ello*. El super-yo se desarrolla a partir del Yo, a quién juzga y censura, pues actúa como la conciencia moral, con funciones de auto-observación. Freud, que lo define como heredero del complejo de Edipo, le adjudica dos funciones (prohibición o juez y modelo o función de ideal), aunque al confundirlo y hacerlo análogo al Ideal del yo, descuidó el diferente origen que había otorgado a este último, el narcisismo. Se trata de la instancia moral del aparato, adquirida por la interiorización de las normas y valo-

res sociales, a partir de la progresiva relación con las figuras de autoridad para el sujeto.

5. VIGENCIA DE SIGMUND FREUD

Pocos autores en la historia de las ciencias, si alguno, reúnen la condición de ser claves en el desarrollo de una disciplina, y continuar siendo leídos, criticados, revisados y citados en la actividad teórica, técnica y aplicada actual de la misma. Es el caso de Sigmund Freud, uno de los autores clave en el pensamiento contemporáneo, quien más de cien años después de sus primeras obras, sigue siendo objeto de estudio, discusión y reinterpretación. Habríamos de distinguir pues entre la permanencia de la influencia, no sólo histórica, sino actual de una obra excepcional, de la vigencia de algunas (o muchas) de sus propuestas teóricas, técnicas o clínicas. Pues ciertos conocimientos posteriores, derivados de la investigación tanto en el propio psicoanálisis, como en otras ciencias, fuerzan a una reconsideración, reformulación, y en algunos casos abandono, de parte de sus desarrollos clásicos. La fuerte institucionalización del psicoanálisis, y la presión para mantener la ortodoxia o fidelidad a los escritos freudianos, ha limitado a veces la propia frescura y capacidad de actualización que se desprende de la obra freudiana. El psicoanálisis «oficial», tras la muerte de Freud, cerró filas en torno a ciertos tabúes, manteniendo ocultos documentos que ponían en evidencia dudas o contradicciones de Freud sobre su propia obra, pero sobre todo instalando la «imposibilidad» de atacar algunos postulados freudianos, situación que incluso llevó a aceptar la coexistencia dentro del psicoanálisis de teorías que, si bien eran incompatibles entre sí, pues implicaban innovaciones o diferencias importantes con Freud, eran toleradas siempre que no se cuestionase abiertamente el «Freud *dixit*».

Examinando la vigencia de los postulados fundamentales del psicoanálisis, y en particular de las posiciones expuestas por Freud en su obra, nada monolítica, sino cambiante y susceptible de muchas lecturas, destacan algunos puntos de controversia:

La vigencia de la metapsicología y la teoría pulsional: Este es el tema clave de muchos de los debates actuales entre las escuelas psicoanalíticas. Tal como ya se ha apuntado en el capítulo anterior un buen número de psicólogos, representados por G.Klein, R. Schafer, M. Gill, provenientes de la Psicología del Yo, abandonaron la metapsicología y, en consecuencia, la teoría pulsional, simplemente por considerarla innecesaria para explicar los procesos psíquicos. Esta posición, de abandono de

la metapsicología, ha pasado a ser bandera entre los psicoanalistas de la Psicología del Self, así como entre quienes abogan por una perspectiva relacional y, sobre todo, por la teoría intersubjetiva. En estos casos, el papel de las pulsiones pasa a ser sustituido por la motivación y los principios organizadores inconscientes adquiridos en el desarrollo. Como contrapunto se han consolidado destacados defensores del modelo pulsional (Jean Laplanche, 1979; Gutiérrez Terrazas, 1998; André Green, 2000, 2002), algunos de los cuales serán considerados más adelante.

La vigencia de la teoría freudiana del desarrollo psicosexual:

Freud no tuvo acceso a la observación directa del desarrollo infantil, ni tuvo experiencia clínica con los niños; al parecer tampoco se implicó mucho en la crianza y convivencia con sus hijos cuando eran pequeños. En consecuencia, sus propuestas en este terreno derivaban de un conjunto de desarrollos teóricos, sin posibilidad de ser contrastados con la observación. Dicho esto podríamos considerar justificado dar escasa relevancia a sus propuestas que, sin embargo, han sido hipótesis fructíferas para formular un buen número de modelos clínicos. Ya Melanie Klein, quien sí adquirió importante experiencia en el trabajo con niños, trazó propuestas sensiblemente diferentes de las de Freud (*véase el Capítulo 6*), para las que Anna Freud —la hija de Freud— sirvió de contrapunto. Posteriormente, las aportaciones de numerosos psicoanalistas implicados en la observación y trabajo clínico directo con niños y adolescentes han ido trazando un panorama más rico, que refleja mejor la realidad de los procesos que se dan en el desarrollo infantil. Destacan Margaret Mahler, y su teoría de la individuación; Erik Erikson, y su teoría de la identidad (*véase el Capítulo 5*); Rene Spitz, y sus observaciones del primer año de vida; John Bowlby, y su propuesta de la teoría del apego; D. W. Winnicott, y su descubrimiento de la función del juego y del objeto transicional (*véase el Capítulo 6*); Esther Bick y su teoría de la unidad originaria; Daniel Stern, y sus propuestas sobre el mundo interpersonal del infante. Y también los investigadores contemporáneos Robert Emde, Joy Ossofsky, Peter Fonagy, y tantos otros que vienen constituyendo una rica y muy relevante psicología psicoanalítica del desarrollo, algo lejana ya de las propuestas freudianas.

El cuestionamiento de la universalidad del complejo de Edipo y su centralidad en la explicación de la patología: Tras *Edipo Rey* vino *Edipo en Colona*, que introdujo algunos matices en el panorama de la tragedia griega. El mito de Edipo convino a Freud para proponer una explicación del conflicto que justifica las neurosis, pero ya en vida de Freud antropólogos, sociólogos, filósofos y psicoanalistas mostraron ciertas discrepancias, incluso insalvables, con la universalidad de dicho complejo. Por

otra parte, cuando se intenta generar un modelo universal para la comprensión de la dinámica de la patología psíquica, el forzamiento de la clínica para que encaje en la teoría lleva a ignorar realidades constatadas. Así, las psicosis quedaron inicialmente fuera del proceso analítico, en su calidad de neurosis narcisistas inanalizables. Otro tanto le cabía al ámbito de las psicopatías o trastornos de personalidad, donde el Edipo tenía escasas posibilidades de ser ubicado. Igualmente, numerosos ámbitos de la psicopatología quedaron deficientemente formulados: las depresiones, las perversiones, los trastornos psicósomáticos. Todo ello ha llevado a un cuestionamiento implícito de la vigencia de la psicopatología freudiana, limitándola a la comprensión de algunas neurosis (principalmente Histeria, Neurosis Obsesiva, Fobias) sin que por ello queden resueltos todos los problemas que se plantean cuando se cruzan la nosología psicopatológica, con la descripción de los síndromes y entidades nosológicas, y la psicopatología estructural, donde prima el modelo teórico que permite comprender y eventualmente explicar un determinado trastorno. Uno de los ejemplos más claros está en una de las patologías que más ha interesado al psicoanálisis: la Histeria. Bajo este rótulo encontraremos realidades clínicas y estructurales diferentes, donde hará falta echar mano de nuevos conceptos teóricos como la distinción propuesta por Killingmo entre *patología del conflicto* [aquella que deriva de situaciones conflictivas no resueltas y que permanecen activas a través de síntomas] y *patología del déficit* [la que es consecuencia de deprivaciones o carencias que afectan a las etapas cruciales del desarrollo psicológico] (Killingmo, 1989). Siempre a la zaga de otras zonas de evolución del psicoanálisis, la psicopatología dinámica viene experimentando y experimentará importantes transformaciones conceptuales (Rodríguez Sutil, 2002).

Corolario del cuestionamiento de partes de la teoría del desarrollo libidinal, y del complejo de Edipo, la concepción freudiana de la sexualidad femenina (Freud, 1931), y de la psicología del género en su conjunto, queda fuertemente entredicho en muchos trabajos publicados desde la segunda mitad del siglo XX (Dio Bleichmar, 1997; Rubí Cid, 1998). Igualmente, la relación entre identificaciones de género, elección de objeto erótico, comportamiento sexual y patología, donde, por ejemplo, la tradicional ubicación freudiana de la homosexualidad entre las perversiones no se sostiene actualmente.

La vigencia de la técnica analítica descrita por Freud en sus escritos técnicos: La fidelidad a algunos trabajos de Freud abonó el terreno para que se estableciera la distinción entre «Psicoanálisis propiamente dicho» y «Psicoterapia psicoanalítica» (u orientada en el psi-

coanálisis). Cánones de adhesión a las reglas básicas (*Asociación Libre*, *Atención flotante* y *Abstinencia*, en sus diferentes sentidos) más ciertos parámetros de frecuencia y duración de las sesiones, uso del diván, y la exigencia de trabajo con ciertas herramientas como la interpretación y la transferencia llevaron a plantear, a muchos de los autores psicoanalíticos, que la práctica psicoanalítica y la práctica psicoterapéutica eran esencialmente diferentes, que tenían finalidades e indicaciones diferentes. Es curioso constatar en abundantes documentos que Freud no era en absoluto ortodoxo en lo que a la técnica se refiere, y la exigencia de adhesión a los cánones técnicos ha sido una imposición de la institución psicoanalítica, en gran medida tras la muerte de Freud. Más allá de si Freud era o no ortodoxo con sus propias propuestas, los avances teóricos, técnicos y clínicos habidos en el ámbito del psicoanálisis desde la segunda mitad del siglo XX abren numerosos interrogantes sobre que sea pertinente esa distinción y neta separación entre una cosa y otra. De hecho, existen, tanto decididos partidarios de distinguir el psicoanálisis de la psicoterapia psicoanalítica (v.g. Bofill y Tizón, 1994), como quienes la cuestionan teóricamente (Thomä y Kächele, 1989). En el *Capítulo 7* volveremos a esta cuestión de manera más extensa.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, es una figura clave del pensamiento contemporáneo cuya influencia transforma la psicología, filosofía, antropología y sociología. El nuevo modelo que propone, a través de los conceptos clave de Inconsciente, Pulsión, Defensa y Conflicto, le permite formular teorías del Aparato Psíquico que serán ejes conceptuales del modelo psicodinámico-psicoanalítico. A su vez, estas teorías ejercerán fuerte influencia por reacción o diferencia en el resto de los modelos comprensivos del comportamiento humano. En la psicología en general, y en los tratamientos psicológicos en particular, hay un antes y un después de Freud. Hemos dedicado este capítulo a un apretadísimo resumen de sus teorías, a la par que hemos señalado algunas de las direcciones en que se viene produciendo la revisión del modelo freudiano, no ya desde sus críticos externos, sino desde dentro del propio psicoanálisis, lo que será ampliado y matizado en los capítulos que restan.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA Y LECTURAS RECOMENDADAS

ASSOUN, P. L. (1984). Los grandes descubrimientos del psicoanálisis. En Jaccard, R. (Dir.) *Historia del Psicoanálisis, Vol.1 Origen y nociones centrales*. (pp. 135-194). Buenos Aires: Juan Granica Ed. [Original de 1982; *Histoire de la psychanalyse*. París: Hachette]

BOFILL, P. y TIZÓN, J. L. (1994). *¿Qué es el Psicoanálisis? Orígenes, temas e instituciones actuales*. Barcelona: Herder.

Obra escrita por dos psicoanalistas defensores de la ortodoxia psicoanalítica, en la que se revisan y exponen de manera sucinta y didáctica los conceptos y propuestas fundamentales del psicoanálisis, a la par que se revisan las instituciones psicoanalíticas desde dicho punto de vista ortodoxo.

BREGER, L. (2000). *Freud. El genio y sus sombras*. Barcelona: Ediciones B. Argentina – Javier Vergara Editor.

Esta biografía crítica de Freud es el contrapunto obligado a la lectura de la biografía de Peter Gay —véase a continuación— que sostiene los puntos de vista aceptados oficialmente por la IPA. La biografía de Louis Breger arroja un conjunto de interpretaciones interesantes para ubicar al Freud hombre en el marco del Freud genio idealizado por él mismo y sus seguidores, pues propone un marco de comprensión diferente del habitual para el origen y articulación de muchos de los conceptos psicoanalíticos. En todo caso, esta lectura es una buena ocasión para el debate y la controversia.

GAY, P. (1989). *Freud. Una vida de nuestro tiempo*. Barcelona: Paidós. [Trabajo original de 1988: *Freud. A life for Our Time*, London: J. M. Dent & Sons, Ltd.)

La biografía más documentada y actualizada de Freud, realizada por el historiador del psicoanálisis más brillante hasta la actualidad. Supera ampliamente a la clásica «Vida y Obra de Sigmund Freud» de Ernest Jones, y corrige un buen número de errores, inexactitudes o carencias de aquella.

GARCÍA DE LA HOZ, A. (2000). *Teoría Psicoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva-Quipú.

Manual básico de referencia y estudio del conjunto de la Teoría Psicoanalítica, donde el lector puede ampliar y matizar buena parte de lo expuesto en este capítulo, y en el conjunto de esta obra.

GUTIÉRREZ TERRAZAS, J. (1998). *Teoría psicoanalítica. Su doble eje central: La tópica psíquica y la dinámica pulsional*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Breve manual que expone sucintamente y de forma muy precisa los conceptos fundamentales del psicoanálisis, siguiendo fielmente las propuestas freudianas, aunque desde una lectura que incorpora puntos de vista actuales.

MANNONI, O. (1975). *Freud. El descubrimiento del inconsciente*. Buenos Aires: Nueva Visión. [Trabajo original de 1968].

Un clásico a la hora de acercarnos a la aportación freudiana, de fácil lectura, y que conserva toda su vigencia.

ACTIVIDADES

1. Hágase la lectura de un fragmento significativo de la biografía de Freud, desde dos puntos de vista diferentes. El fragmento que proponemos es relativo al período de la infancia y adolescencia de Freud, donde Peter Gay y Louis Breger proponen puntos de vista diferentes para entender los factores que influyen en el desarrollo de la teoría freudiana:

BREGER, L. (2000). *Freud. El genio y sus sombras*. Barcelona: Ediciones B. Argentina – Javier Vergara Editor. Capítulos 1 y 2 («Una infancia traumática» e «Infancia y adolescencia»)

GAY, P. (1989). *Freud. Una vida de nuestro tiempo*. Barcelona: Paidós. [Trabajo original de 1988: *Freud. A life for Our Time*, London: J. M. Dent & Sons, Ltd.). Capítulo 1: epígrafe «Alimento para los recuerdos» (pp. 27-44).

2. Hágase la lectura y realícese el comentario de un texto clave del pensamiento freudiano, que permite efectuar una reflexión sobre la(s) teorías de la angustia en Freud:

FREUD, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas*, vol. XX (pp. 71-161). Buenos Aires: Amorrortu Eds. 1976.

3. Hágase la lectura y realícese el comentario de uno de los casos clínicos relatados por Freud que más controversia ha generado: El Caso Dora. El relato freudiano tiene dos partes, la publicada en 1905, y su propia revisión autocrítica del caso en el epílogo que Freud escribe en 1923. Además, pueden consultarse otros puntos de vista sobre el caso que proponen hipótesis y evidencias para una comprensión más documentada del caso y su época (Becker, 1999)

FREUD, S. (1905). Análisis fragmentario de una histeria ('Caso Dora'). En *Obras Completas*, AE vol. VII (pp. 1-107). Buenos Aires: Amorrortu Eds. 1976.

BECKER, H. S. (1999). *Freud, Dora y la Viena de 1900*. Madrid: Biblioteca Nueva-APM. [Original de 1997].

4. ¿Abandonó Freud la teoría de la seducción (el papel del trauma en el origen del conflicto neurótico) para acomodar sus teorías a las expectativas de la sociedad de la época? Sobre este controvertido tema, es obligada la lectura y comentario de la obra de Jeffrey M. Masson:

MASSON, J. M. (1985). *El asalto a la verdad. La renuncia de Freud a la teoría de la seducción*. Barcelona: Seix Barral. [Trabajo original de 1984].

5. Para acercarse a algunos de los críticos y revisores de la teoría freudiana desde dentro del psicoanálisis, proponemos que se haga la lectura y se realice el comentario de un trabajo reciente, ya clásico, que defiende una visión alternativa al modelo de la metapsicología freudiana y la teoría pulsional, como elemento clave de un psicoanálisis que no se basa en la metapsicología.

MITCHELL, S. A. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis: Una integración*. México: Siglo XXI. En especial los capítulos 2, 3 y 4 (pp. 29-150) [Original de 1988: *Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration*. Cambridge, MA/London: Harvard Univ. Press.]

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Quién de los siguientes hombres, a pesar de ser dos años menor, influyó en el periodo formativo de Freud?
 - a) Fliess
 - b) Breuer
 - c) Berheim
2. ¿Por qué se denomina tópica a la primera formulación freudiana del aparato psíquico?

- a) Porque designa estructural psíquicas
 - b) Porque designa lugares psíquicos
 - c) Porque es un tópico denominar así al aparato psíquico
3. La fase genital de evolución de la libido es:
- a) La primera en aparecer
 - b) La segunda en aparecer
 - c) Es lo mismo que la fase fálico-genital
4. ¿En qué texto se planteó por vez primera la dicotomía pulsión de vida/pulsión de muerte?
- a) Más allá del principio del placer
 - b) Introducción al narcisismo
 - c) La interpretación de los sueños
5. Freud expuso el funcionamiento del inconsciente en:
- a) Más allá del principio del placer
 - b) El problema económico del masoquismo
 - c) La interpretación de los sueños
6. La distinción «Patologías de déficit/ «Patologías de conflicto se la debemos a:
- a) Kernberg
 - b) Killingley
 - c) Kohut
7. El Complejo de Edipo y el Complejo de castración coinciden en:
- a) La fase oral
 - b) La fase anal
 - c) La fase fálico-genital

RESPUESTAS CORRECTAS

1. a) 2. b) 3. c) 4. a) 5. c) 6. b) 7. c)

Capítulo 4

Primeros discípulos y disidentes freudianos. Las tradiciones psicoanalíticas clásicas en Europa y Norteamérica

Alejandro Ávila Espada y Gonzalo Cabello Arribas

Guión-Esquema

Objetivos

1. Introducción
2. Primeros discípulos freudianos: Sándor Ferenczi
 - 2.1. Innovaciones en la técnica psicoanalítica
 - 2.2. Vigencia de Ferenczi en la psicoterapia actual
3. Los primeros y grandes disidentes: Adler y Jung
 - 3.1. La teoría de Adler y su influencia posterior en la psicoterapia
 - 3.2. Vida y obra de Jung. La psicoterapia jungiana
 - 3.3. Otros disidentes relevantes:
 - 3.3.1. Otto Rank y la teoría del trauma del nacimiento
 - 3.3.2. Wilhem Reich, el freudomarxismo y los orígenes de la psicoterapia corporal
4. El desarrollo del pensamiento psicoanalítico en Europa y Norteamérica
 - 4.1. Los primeros psicoanalistas ortodoxos
 - 4.2. El psicoanálisis en Europa tras la muerte de S. Freud: Anna Freud
 - 4.3. La expansión del psicoanálisis en Norteamérica

Resumen y conclusiones

Bibliografía básica y Lecturas recomendadas

Actividades

Ejercicios de autoevaluación

Palabras clave

Alfred Adler; Psicología Individual; Carl G. Jung; Psicología Analítica; Sándor Ferenczi; Escuela Húngara; Otto Rank; Wilhem Reich; Freudomarxismo; Anna Freud; Karen Horney; Erich Fromm; Psicoanálisis Culturalista.

GUIÓN-ESQUEMA

La primera época de consolidación y expansión del psicoanálisis abarca desde 1902, año en que se inician las reuniones de los miércoles en la casa vienesa de Freud, hasta el término de la Segunda Guerra Mundial en 1945, aunque Freud había fallecido en 1939. Medio siglo de avatares que giran en torno a la necesidad de consolidar el núcleo conceptual de una teoría para hacerla fuerte y unitaria, así como los inevitables movimientos de luchas de poder y rivalidades personales y profesionales que caracterizan las primeras épocas de todo movimiento científico y cultural. Deslumbrados por las ideas innovadoras de Freud se acercan a él destacadas personalidades del ámbito clínico, renovadores, revolucionarios o simples adherentes. Todos ellos discípulos de una figura que difícilmente podía considerarlos iguales o reconocer la singularidad de cada uno de ellos. En consecuencia, más allá de que algunas de las nuevas propuestas que éstos traían hubiesen tenido cabida en el pensamiento psicoanalítico, lo que era indiscutible es que no había lugar más que para un maestro: Freud. Sándor Ferenczi es ejemplo de una figura original y lúcida, que supo y pudo permanecer fiel a Freud la mayor parte de su trayectoria. Aunque luego, tras la muerte de Freud, se convirtió en víctima de la ortodoxia psicoanalítica y sus interesantes propuestas quedaron marginadas y olvidadas hasta hace muy pocos años, cuando se recuperaron y pasaron a ser objeto de culto.

Alfred Adler y Carl Gustav Jung son ejemplos de figuras que fueron temidas por Freud como rivales, y con los que las diferencias teóricas —escasas inicialmente— se fueron agrandando hasta dar lugar a corrientes de pensamiento netamente diferentes del psicoanálisis freudiano. Actualmente estas propuestas son estudiadas bien por su vigencia en la práctica (Jung) o por su influencia en otras líneas de pensamiento (Adler). Otto Rank y Wilhelm Reich, portadores de cuestiones revolucionarias para su época y sociedad, no pudieron ser aprovechados, lo que les condujo de alguna manera a la marginación o al fracaso personal. Rank es precursor de la reconsideración del papel de lo materno y de la ansiedad de separación en psicoterapia; Reich, de los cuestionamientos sociales al psicoanálisis conocidos como freudomarxismo y de la posterior psicoterapia corporal.

Revisaremos por último en este capítulo las figuras pioneras que con Freud, o en la generación inmediatamente siguiente, han sido responsables de la expansión del psicoanálisis en Europa y Norteamérica. En Alemania, Karl Abraham; en Inglaterra Ernest Jones, Edward Glover o la propia Anna Freud. Y en Norteamérica una pléyade de europeos emigrados a consecuencia de la Segunda Guerra Mundial, donde resaltaremos a Franz Alexander, Otto Fenichel, Erich Fromm y Karen Horney.

OBJETIVOS

Al finalizar el estudio de este capítulo, el lector/a debería ser capaz de:

1. Valorar las aportaciones de Sándor Ferenczi, identificar su originalidad respecto de la teoría freudiana, y explicar en qué forma están vigentes actualmente sus propuestas y como influyen en la psicoterapia actual.
2. Comentar cómo algunos discípulos freudianos como Otto Rank o Wilhem Reich no permanecieron dentro del psicoanálisis, y en qué medida sus propuestas conservan vigencia.
3. Comprender el significado de las aportaciones diferenciales de Adler y Jung, y justificar si las teorías desarrolladas por ambos son compatibles o no con el psicoanálisis freudiano.
4. Trazar las líneas de evolución e identificar a las principales figuras de la primera etapa del psicoanálisis en Europa hasta el fin de la segunda guerra mundial. Especialmente la significación de la figura de Anna Freud.
5. Trazar las líneas de evolución e identificar a las principales figuras de la primera etapa del psicoanálisis en Norteamérica hasta el fin de la Segunda Guerra Mundial. Especialmente la significación de las figuras de Franz Alexander, Erich Fromm y Karen Horney.

1. INTRODUCCIÓN

Este capítulo se ocupa de revisar las contribuciones de algunos de los psicoanalistas contemporáneos de Freud, pero cuya singularidad marcó diferencias con él, en algunos casos sin abierta ruptura, en otros, dando lugar a importantes y significadas disidencias que inauguraron nuevos modelos en el ámbito de los tratamientos psicodinámicos. Entre los que mantuvieron los lazos con Freud, y quedaron dentro del psicoanálisis, destaca especialmente Sándor Ferenczi. Ferenczi, el más intuitivo de los contemporáneos de Freud, no solo va a aportar conceptos al psicoanálisis de una enorme riqueza, importancia y vigencia, sino que nos situará en la necesidad de una constante revisión e investigación de los constructos teórico-técnicos con los que se opera en la psicoterapia psicoanalítica. Actualmente es una de las figuras más estudiadas. Pero también destacan otros autores con los que Freud se enfrentó: principalmente Alfred Adler y Carl Gustav Jung, quienes dieron lugar a sendas escuelas u orientaciones de la psicoterapia. El primero, Adler, ha influido de manera notable en los acercamientos psicosociales a la psicoterapia, así como en muchas de las técnicas de la actualmente denominada terapia cognitiva; Jung, en el complejo territorio del encuentro de la Psicología con la Antropología y la cultura. Otras figuras cercanas a Freud en los primeros años de expansión del psicoanálisis, como Otto Rank o Wilhem Reich también fueron segregados del psicoanálisis por razones diversas. Finalmente revisamos una panorámica de la evolución del psicoanálisis tras la muerte de Freud y hasta el término de la segunda guerra mundial, a través de algunos autores destacados, tanto en Europa, (Karl Abraham, Anna Freud) como en Norteamérica (Franz Alexander, Erich Fromm, Karen Horney).

2. PRIMEROS DISCÍPULOS FREUDIANOS: SÁNDOR FERENCZI

El autor que a continuación se presenta fue quizá el discípulo de Freud con el que mantuvo una más íntima y larga amistad; amistad que duró veinticinco años y que sólo se rompió con la muerte prematura del discípulo. De él, Freud escribía en 1914: «Hungria, tan íntimamente enlazada a Austria desde el punto de vista geográfico como ajeno a ella científicamente, no nos ha aportado hasta ahora más que un solo colaborador: S. Ferenczi; pero tal, que vale por una asociación entera.» (Freud, 1914). Y más tarde, en 1933, en su nota necrológica, Freud apuntaba refiriéndose a algunos de sus artículos: «ha convertido en alumnos suyos a todos los analistas» (Freud, 1933). Ferenczi, como señala Peter Gay (1989), desarrolló la intuición psicoanalítica llevándola al nivel de un arte elevado; y sus numerosas aportaciones, fundamentadas desde su ejercicio clínico, lo sitúan como el discípulo más innovador y lúcido de la primera generación de psicoanalistas. Si bien fueron muchos los ostentosos calificativos que llegó a recibir en vida («*primun inter pares*» [Freud, 1933], «*maestro y didacta del psicoanálisis*» [Freud, 1923]), su pensamiento y su obra fueron silenciados durante muchas décadas. Por ello, es muy difícil encontrar libros de técnica psicoanalítica posteriores a su muerte en los que se tengan en cuenta sus aportaciones e, igualmente, no es ni siquiera citado de forma explícita por autores como D. W. Winnicott, M. Mahler, M. Little, M. Khan y muchos otros en los que resulta patente la influencia de Ferenczi.

A lo largo de este apartado centraremos nuestra atención en las aportaciones técnicas realizadas por Ferenczi a la teoría psicoanalítica, que siguen vigentes en el entorno psicoanalítico actual.

Cuadro 1. Reseña biográfica de Sándor Ferenczi (1873-1933)

Sándor Ferenczi nace el siete de julio de 1873 en Miskolcs, al norte de Hungría. Los padres de Ferenczi eran respetados en su comunidad: el padre llegó a ocupar el cargo de Presidente de la Cámara de Comercio de Miskolcs, y la madre fue Presidenta del círculo de mujeres judías de esta ciudad. Pero será el negocio familiar, una librería e imprenta, lo que marcará el destino intelectual de Sándor; ya que dicha librería era realmente un «círculo cultural» no oficial de la ciudad, en el que se interpretaba música, se celebraban conferencias, veladas literarias, etc. Será en esta atmósfera familiar e intelectual en la que crece Ferenczi que destacará como alumno



brillante en el colegio. El padre de Ferenczi muere en 1888, cuando Sándor cuenta con quince años. Esta marca afectiva le acompañará el resto de su vida.

Tras finalizar con éxito su etapa en la escuela de Miskolcz, se traslada a Viena, donde cursará sus estudios. Obtiene su licenciatura en medicina en 1894; regresa a Hungría y se instala en Budapest para especializarse en neurología y psiquiatría. Durante este periodo de su vida Ferenczi muestra interés por la hipnosis, la telepatía, la homosexualidad y la histeria, y se acerca a la literatura médica francesa. Trabaja como ayudante de Mika Sachter, prestigioso médico de Budapest y redactor jefe de una de las principales revistas médicas de Hungría, el diario médico *Gyógyászat* (Terapéutica), y en 1898 obtiene plaza propia en el Hospital Rókus. Durante este mismo año es nombrado médico asistente en el Hospicio de los Pobres Elizabeth en Budapest, donde trabaja al servicio de los desposeídos y las prostitutas. A esta etapa de su vida pertenecen sus artículos conocidos como los escritos de Budapest o escritos preanalíticos, que abarcan desde el año 1899 hasta 1907. Entre ellos, y solo a modo de ejemplo, encontramos los siguientes títulos, *Espiritismo* (1899), *Conciencia y Desarrollo* (1900), *El amor en la ciencia* (1901), *La homosexualidad femenina* (1902), *Acerca de la neurastenia* (1905), *Estados sexuales intermedios* (1905b), y *Del tratamiento por sugestión hipnótica* (1906). Así como una gran variedad de artículos, en los que entre otros temas se habla de las condiciones físicas de los más desfavorecidos. Será en 1907 cuando tiene noticias de los trabajos realizados por Jung en Burghölzli. A partir de este momento comienza a mostrar interés y a leer los textos de Freud, muy en particular *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900), obra que ya había leído y inicialmente que no había despertado gran interés en él. Pero Jung, tras conocer a Ferenczi, escribe a Freud haciéndole saber que dos budapestinos muestran un gran interés por conocerle —el otro era Phulop Stein que terminará alejándose del psicoanálisis—. El día 2 de febrero de 1908, tiene lugar el primer encuentro entre Sándor Ferenczi y Sigmund Freud, en la casa de éste último en Viena. Podríamos decir que entre los dos tiene lugar un «flechazo», y así comienza una rápida amistad que queda reflejada en la extensa relación epistolar mantenida entre ambos (se estima en unas 1250 cartas). Ya en 1909, Freud encabezaba sus cartas a Ferenczi con la expresión de «Querido amigo», expresión que reservaba a muy pocos. Freud le invita en el mismo año de conocerse a que presente un trabajo en la reunión de psicoanalistas de Salzburgo, y a veranear junto con su familia en Berchtesgaden —fue el único miembro del círculo psicoanalítico que se iba con él de vacaciones—. A partir de este momento comienza una larga amistad que dura veinticinco años y que sólo será interrumpida primero por la movilización de Ferenczi como médico militar durante la Primera Guerra Mundial y, luego con la muerte del discípulo. Aún no había transcurrido un



año desde que se conocieron cuando Freud le invita a que lo acompañe junto con Jung a Estados Unidos, donde había sido invitado a pronunciar unas conferencias en la Clark University. En 1910, y ante la propuesta de Freud, Ferenczi funda la *Asociación Psicoanalítica Internacional* (API ó IPA), con Jung como Presidente. Este nombramiento no gustó entre los miembros de la comunidad de Viena. Por estas fechas comienza uno de los momentos más convulsos de la primera generación, pues tienen lugar las primeras disidencias y expulsiones del entonces joven movimiento psicoanalítico. Ferenczi, que fue espectador y en algunos casos partícipe indirecto; pasó por las purgas de Adler, Stekel, Jung y Rank, y conocía de sobra cual era el destino de quienes se alejaban o disertaban de las teorías de Freud, por lo que no fue capaz de oponerse al Profesor hasta los sesenta años.

En 1913 se funda la *Sociedad Psicoanalítica de Budapest*, y ese mismo año Ferenczi comienza a analizar a Jones, el psicoanálisis empieza a cobrar interés e importancia en Hungría, interés que llevará a Ferenczi durante el corto periodo del gobierno de Bela Kun a ocupar en 1918 la primera cátedra de Psicoanálisis en la Universidad. En este año se celebra el *V Congreso Internacional de Psicoanálisis* en Budapest. Más tarde y tras el derrocamiento de dicho gobierno, será apartado de la Universidad, y expulsado de la *Sociedad Médica de Budapest*, por lo que renuncia a la presidencia de la IPA. En 1914 comienza su análisis personal con Freud, análisis que se produjo en tres períodos de apenas noventa sesiones. Ferenczi luchó durante muchos años por liberarse del papel de «hijo ejemplar de Freud», anhelaba encontrar métodos más eficaces para trabajar con sus pacientes aunque supusieran transgredir las fronteras del enfoque terapéutico vigente. Finalmente, Ferenczi pudo abandonar el método analítico clásico cuando se abrió a la experiencia de sus pacientes, creó un ambiente seguro y aceptó sus críticas, saliendo del rol de terapeuta sabelotodo. Alcanzó estas nuevas ideas gracias a su capacidad para empatizar con sus pacientes, y su trabajo, siempre en continuo desarrollo, lo convirtió en el más científico de la primera generación de analistas. Es fácil adivinar que este distanciamiento de la cura clásica no sería aceptado por Freud, ya que siempre interpretaba las ideas de quienes discrepaban con él como producto de sus emociones, dejándose arrastrar por sentimientos ciegos y no científicos como hacía él. La postura de Freud desencadenó un ataque contra Ferenczi por parte de los más fieles y, al final, supuso la prohibición de sus aportaciones. En su último encuentro con Freud, Ferenczi pudo leerle su trabajo *Confusión de lengua entre los adultos y el niño* (Ferenczi, 1932a), con la idea de que el maestro le escuchase e intentase comprender sus innovaciones técnicas, pero Freud lo rechazó. Ferenczi pudo leer este trabajo en el XII Congreso Internacional de Psicoanálisis en Wiesbaden, en septiembre de 1932; trabajo que apareció traducido al alemán y publicado en *Internationale Zeitschrift*.



Sin embargo, Jones impidió la publicación en inglés, lo que supuso, tras el ascenso de Hitler al poder y la prohibición del psicoanálisis en Austria y Alemania, que la obra de Ferenczi no se difundiera, ya que hasta el año 1945 las nuevas publicaciones psicoanalíticas solo aparecían en inglés.

A partir de este momento Ferenczi se aísla en su nueva villa de Buda y comienza a escribir su *Diario Clínico*. Freud le invita a salir de su aislamiento, deja de tomar notas para su diario el 2 de octubre y continúa con sus pacientes. Tras un nuevo intercambio epistolar con Freud en el que volvería a restaurarse la amistad, el 22 de mayo de 1933, Ferenczi moría en Budapest a los cincuenta y nueve años como consecuencia de una anemia perniciosa. Tras su muerte surgirá toda una leyenda negra, instigada sobre todo por su amigo, colega y ex paciente Ernest Jones, quien en su libro *La vida y la obra de Sigmund Freud* (Jones, 1953) lo calumnió y difamó llegando a tacharlo como un psicótico que transgredía la neutralidad de la técnica. Se hizo correr el rumor de que besaba, se dejaba besar y se acostaba con sus pacientes, y fue caricaturizado como el médico idiota que pretendía curar mediante abrazos y besos. Esta leyenda negra relegó la obra de Ferenczi y su persona en el mayor de los silencios y el ostracismo.

2.1. Innovaciones en la técnica psicoanalítica

Cuando Ferenczi conoce a Freud ya había escrito una gran variedad de artículos y tenía una buena reputación como neurólogo, pero será a partir del *V Congreso Internacional de Psicoanálisis* celebrado los días 28 y 29 de septiembre de 1918 en Budapest cuando comienza su etapa más innovadora. Desde este Congreso y hasta el día de su muerte, Ferenczi no dejará de trabajar buscando mejorar la técnica psicoanalítica existente con el único objetivo de *curar* a sus pacientes. Durante esta nueva etapa va a revolucionar, entre otras, las concepciones sobre el traumatismo psíquico, la **contratransferencia** o el manejo de la regresión. Pero para establecer un guión claro entre las innovaciones que presenta, innovaciones que fueron sucesivas y en algunos casos contradictorias, proponemos al lector el siguiente orden que permitirá entender el proceso evolutivo del pensamiento ferencziano: *a)* periodo de la técnica activa, *b)* periodo de la técnica elástica, *c)* periodo de la técnica de relajación o **neocatarsis**, y *d)* periodo del análisis mutuo.

a) Periodo de la técnica activa

Como bien señala Martín Cabré (1998), la idea de la técnica activa no es exclusiva de Ferenczi, sino de Freud, que ya la había llevado a la práctica en su conocido caso *El hombre de los lobos*

(Freud, 1918a). Pero será a partir del Congreso de Budapest, conocido como congreso del reencuentro por celebrarse aún no terminada la Primera Guerra Mundial, cuando Ferenczi haga sus primeras aportaciones en esta materia. En este quinto congreso internacional, Freud presenta su trabajo *Los caminos de la terapia psicoanalítica* (1918b). En él aborda las restricciones del concepto de neutralidad y sugiere la necesidad de buscar nuevos caminos a la técnica clásica. También da una serie de consejos y sentando las bases de las futuras investigaciones de Ferenczi en materia de la técnica activa. Jiménez Avello (1998), sugiere que el trabajo de Freud debió de ser redactado con alguna participación de Ferenczi, y más cuando Freud hace referencia a un trabajo de éste aún no publicado, nos estamos refiriendo a *Dificultades técnicas de un análisis de histeria*, publicado en 1919.

Freud en este trabajo señala: «Nunca hemos pretendido haber alcanzado la cima de nuestro saber ni de nuestro poder, y ahora, como antes, estamos dispuestos a reconocer las imperfecciones de nuestro conocimiento, añadir a él nuevos elementos e introducir en nuestros métodos todas aquellas modificaciones que puedan significar un progreso (...) Así pues, el desarrollo de nuestra terapia empezará quizá otros caminos, ante todo aquellos que Ferenczi ha dado el nombre de *psicoanálisis activo* en su reciente trabajo sobre las “Dificultades técnicas de un análisis de histeria”» (Freud, 1918b). Añade que hay que buscar alternativas a la técnica clásica ante patologías como la obsesión y las fobias, y desarrolla una serie de consejos u orientaciones que apuntan en qué puede consistir esta conducta activa:

- Ayudar al paciente a vencer sus *resistencias* prestándole más ayuda que la emanada de la propia *transferencia*.
- Ayudar al paciente colocándolo en la situación psíquica más favorable a la solución deseada del conflicto.
- Intervenir frente a la satisfacción sustitutiva, tanto dentro como fuera de la cura.
- Fijar un tiempo de término o finalización del tratamiento.
- Agregar al influjo analítico una influencia educadora y, en algunos casos, actuar como consejeros y educadores.

Si bien Freud asumió estas pautas, señaló también que la norma fundamental ha de respetarse, y que la cura analítica, dentro de lo posible, debe desarrollarse en la abstinencia, si bien el concepto de abstinencia no supone la ausencia de toda satisfacción.

Ferenczi asumió este reto lanzado por Freud, y ya en el mes de diciembre de 1918, apenas transcurridos tres meses de la celebración del quinto congreso, lee ante la Sociedad Psicoanalítica de Budapest su trabajo *La técnica psicoanalítica* (Ferenczi, 1919a). Además se dedicó a la técnica activa desde el año 1918, con el trabajo ya mencionado *Dificultades técnicas de un análisis de histeria*, publicado en 1919 (1919b), hasta 1926, cuando publica *Contraindicaciones de la técnica activa*.

Los fundamentos teóricos que establece Ferenczi para la técnica activa van a partir de postulados freudianos. Aún, durante este periodo, el autor va a seguir «fiel» a las teorías del maestro asumiendo el punto de vista económico de la metapsicología freudiana, en la que se establece como función del aparato psíquico el mantenimiento en los niveles más bajos posibles de la energía psíquica que por él circula.

Ferenczi va a tratar de provocar mediante la técnica activa que se establezcan nuevas formas de descarga, y más cuando el paciente ha encontrado en el tratamiento analítico vías sustitutivas de satisfacción que lo sumen en una situación de impasse o punto muerto. De igual forma busca en esta técnica una fórmula para poder tratar a aquellos pacientes clasificados como «no analizables» por ser susceptibles de no poder establecer una relación transferencial con el analista. Nos estamos refiriendo a los hoy conocidos como borderlines o límites, los narcisistas, psicóticos etc., para los que la técnica clásica fundamentada en la *regla de la asociación libre* no es efectiva.

En su trabajo de 1921 *Prolongaciones de la técnica activa en psicoanálisis*, nos explica en qué consiste y cómo se aplica la técnica activa. Según Ferenczi consiste en «situar a los pacientes en un estado en el que puedan seguir la regla de la asociación libre con ayuda de determinados artificios, y llegar de este modo a provocar o acelerar la investigación del material psíquico inconsciente. Por lo demás, estos artificios no son necesarios más que en casos excepcionales (...) En cuanto se supera el estancamiento del análisis que es la justificación propiamente dicha y la razón de ser de la modificación en cuestión, el especialista retornará lo más rápidamente posible a la actitud de receptividad...» (Ferenczi, 1921). Dichos «artificios» consistían en órdenes y prohibiciones provenientes del analista que, en el caso de las órdenes, conseguía aumentar la tensión poniéndolo de esta forma en contacto con sus deseos, y en el caso de las prohibiciones, se le exigía el aban-

dono de conductas gratificantes. Coincidimos con Judith Dupont (1981), en que el propio nombre de *técnica activa* es toda una fuente de malentendidos, ya que no es el analista el invitado a ejercer una actividad, sino el paciente: el analista invita al paciente a hacer o a renunciar a hacer tal cosa.

Ferenczi, a lo largo de su trayectoria en la investigación de la técnica activa va a plantear una serie de requisitos y limitaciones de la misma, destacando:

- «El analista debe saber que esta experiencia es un arma de dos filos; del mismo modo debe poseer, antes de decidirse, indicios ciertos de la solidez de la transferencia» (Ferenczi, 1921). De no ser así, el paciente puede abandonar el tratamiento o aumentar sus resistencias.
- Considera que esta técnica es solo apta para expertos.

Como ya comentábamos anteriormente, la actividad se refiere al paciente, el analista no debe de alejarse de su lugar de neutralidad y pasividad, y nunca debe de satisfacer los deseos del paciente.

Durante los ocho años que dura el periodo de su investigación en esta técnica, publicará varios artículos. Los más importantes son cinco: *Dificultades técnicas de un análisis de histeria* (1919b), *Prolongaciones de la técnica activa en psicoanálisis* (1921), *Las fantasías provocadas* (1924), *Psicoanálisis de las costumbre sexuales* (1925), y *Contraindicaciones de la técnica activa en psicoanálisis* (1926). A estos debemos añadir el trabajo redactado junto con Rank en 1924 bajo el título *Perspectivas del psicoanálisis*, pues en este trabajo comienza a perfilarse la base de los siguientes periodos. Porque, poco a poco, Ferenczi irá disminuyendo su interés por esta técnica, ya que los resultados obtenidos para superar el impasse de los tratamientos, no se revelaron a la altura de sus expectativas.

Contraindicaciones de la técnica activa en psicoanálisis señalará el fin de este periodo de investigaciones técnicas. Constituye una crítica del método, que según el autor, interfiere en la transferencia perturbando la relación entre el analista y el paciente, intensifica las resistencias y moviliza las contratransferencias del analista, pudiendo en algunos casos generarse una actividad sádica y autoritaria. Esta última cuestión constituye una de las más importantes aportaciones teóricas que se desprende de este periodo.

b) Periodo de la técnica elástica

Tras el abandono de sus investigaciones en la técnica activa, Ferenczi seguirá buscando soluciones técnicas para mejorar el tratamiento de sus pacientes. En su trabajo *Elasticidad de la técnica psicoanalítica* (Ferenczi, 1928); trabajo publicado en un momento en el que las tensiones entre él y Freud ya eran evidentes, propone una alternativa a los resultados experimentados por él durante el periodo anteriormente descrito. Por **elasticidad** debe entenderse la contraposición al hecho de que la *regla de la abstinencia* sea llevada al extremo.

Este nuevo trabajo de Ferenczi se encuentra jalonado de ricas recomendaciones técnicas que abundan sobre todo en la necesidad de una mayor humildad por parte del terapeuta en su quehacer con el paciente; siendo quizá las siguientes las más importantes:

- Pone el énfasis en este momento en la que denomina la segunda regla fundamental del psicoanálisis, que no es otra que el propio análisis del terapeuta.
- Economizar las interpretaciones, planteando como alternativa el llevar al paciente hasta un punto en el que, una vez superadas las resistencias, sea él mismo quien realice todo el trabajo de interpretación, sólo con una ayuda mínima por parte de analista. Este debería enfatizar lo que hoy se conoce por **señalamiento**.
- Todas las interpretaciones deben plantearse con carácter propositivo ya que podemos llegar a equivocarnos. Además señala que en ningún caso el analista debe avergonzarse de sus errores, ya que el análisis no es un procedimiento sugestivo en el que tenga que estar necesariamente a salvo el prestigio del analista.
- Antes de comunicar algo al paciente o interpretarle, el analista debe sopesar fríamente la situación, con objeto de no dejarse llevar exclusivamente por sus sentimientos.
- Nunca prometer nada al paciente salvo que «si se somete al proceso analítico, acabará por saber mucho más sobre sí mismo, y, si persevera hasta el final, podrá adaptarse mejor a las dificultades inevitables de la vida».
- Informar al paciente de que no conocemos un tratamiento que sea el mejor y el más radical, sin ocultarle la existencia de otros métodos de curación mucho más rápidos.

- Señalar al paciente que nuestro tratamiento no se fundamenta en una relación terapéutica de sumisión por parte del paciente, donde el analista es poseedor de la verdad absoluta, sino que su confianza en nuestro trabajo irá surgiendo desde la experiencia de su curación.
- Ante preguntas del tipo, ¿cree que su terapia me resultará eficaz?, señala que sería todo un error contestar con un simple si, y dice «ni siquiera el continuo elogio de la cura puede hacer desaparecer en la realidad la secreta sospecha del paciente respecto a que el médico es un hombre de negocios y quiere a toda costa vender su método, es decir, su mercancía».
- Recomienda que el analista al comienzo del tratamiento y durante algunas semanas, debe prestarse al papel de «balancín» sobre el que el paciente pueda proyectar sus afectos de desagrado.

Cierra este trabajo comentando que, a diferencia de Freud, que en sus recomendaciones técnicas solo se refiere a lo que no se debe de hacer, él hace justamente lo contrario, asumiendo que a pesar de la prudencia que mantiene en sus formulaciones, conducirán a falsas interpretaciones y abusos. También señala que la «única base fiable de una buena técnica analítica es el análisis finalizado del analista. En un analista bien analizado, los procesos de “sentir con” y de evaluación, exigidos por mi, se desenvolverán no en el inconsciente, sino a nivel preconscious» (Ferenczi, 1928).

Durante este período Ferenczi no se aleja aún de los presupuestos freudianos, si bien aconseja la elasticidad, la paciencia y la tolerancia en el analista, no se aparta de la regla de la abstinencia, ya que a pesar de intentar situarnos en la onda del paciente, no equivale en absoluto a ceder sin resistencia. Además, recomienda atenerse hasta el final a la posición dictada desde la experiencia analítica.

c) *Periodo de la técnica de relajación y neocatarsis*

Este nuevo periodo en sus investigaciones técnicas va a estar representado principalmente por dos trabajos, *Principio de relajación y neocatarsis* de 1930 (Ferenczi, 1930.^a), ponencia que presentó en el Congreso Psicoanalítico de Oxford durante el mes de julio de 1929, y *Análisis de niños con adultos* de 1931 (Ferenczi, 1931), conferencia pronunciada ante la *Sociedad Psicoanalítica de Viena* el seis de mayo, con motivo del setenta y cinco aniversario del nacimiento de Freud. A partir de este momento, Ferenczi se va a apar-

tar de Freud marcando un camino propio que los distanciará de forma progresiva, lo que sumió a Ferenczi en un aislamiento cada vez mayor.

Va a retomar la vieja idea del trauma como origen de las neurosis (traumatogénesis), ya formulada por Freud, y que éste abandonó más tarde por considerar que dichas experiencias traumáticas nunca habían tenido lugar en la realidad, sino solo en la fantasía del paciente. Ferenczi considera que se ha sobreestimado la idea de la fantasía y subestimado la realidad traumática. Postula que el factor traumático se halla presente en los casos de neurosis y que el origen de todo trastorno psíquico se encuentra en factores exógenos. De esta forma, ubicó la situación traumática en un campo intersubjetivo donde se encuentran tanto el niño como los adultos con tendencias traumáticas. Por ello consideró que en el análisis se debería llegar hasta las etapas más tempranas, recurriendo para ello a la regresión.

En este trabajo de 1930 será donde explique la nueva técnica, que va a tener por objeto la facilitación de la regresión del paciente y la aparición de episodios de neocatarsis. Ferenczi considera que los recursos técnicos habituales que se empleaban por aquel entonces no eran suficientes para generar dicho estado regresivo. Por ello planteó el recurso técnico de la relajación que consiste en una suspensión, en ciertas circunstancias, de la regla de abstinencia. Este recurso lo combinará con el principio de frustración, como alternativa al trabajo con la técnica unilateral de la frustración. Semejante modificación técnica necesariamente va a traer implícita una modificación en el encuadre, dicha modificación pasa por crear una atmósfera adecuada en la que prime la paciencia, la comprensión y la amabilidad. Esto le facilitará la regresión del paciente al generarse un clima que permite recuperar las primeras relaciones entre el niño y la madre. Concretamente señala a este respecto:

«no puede negarse que la fría objetividad del médico puede adoptar formas que enfrenten al paciente con dificultades inútiles e inevitables; deben existir medios para hacer perceptible al paciente nuestra actitud amistosamente benévola durante el análisis, sin abandonar por ello el análisis del material transferencial ni caer en el error de quienes tratan al neurótico con una severidad o un amor fingidos, y no del modo analítico, es decir, con una sinceridad total» (Ferenczi, 1930a).

Establece una distinción entre el viejo concepto de **catarsis** freudiano al que llamará «**paleocatarsis**» y su nueva aportación, la «**neocatarsis**». En la primera, la antigua catarsis de la época pre-analítica, se ignoraban las resistencias del paciente y se intentaba conseguir la recuperación del recuerdo simbolizado por el síntoma. En cambio, la neocatarsis no es un fin en sí misma como lo fuera la paleocatarsis, sino que va a marcar un punto que orientará los siguientes pasos del proceso analítico, y se va a diferenciar también de la anterior en que el paciente vivirá con un mayor sentido de realidad y objetividad la realidad histórica del trauma. Plantea a su vez un nuevo principio o eje de esta nueva técnica, el principio de «dejar hacer», que junto con la relajación favorecerá la regresión; se cuestiona en este «dejar hacer» dónde poner el límite y señala que nunca se deben de satisfacer los deseos agresivos y los sexuales. Este «dejar hacer» va a permitir que se reproduzca y no que se repita el trauma original, pudiéndose de esta forma establecer un contraste o diferenciación con la situación patógena anterior, alcanzándose por tanto, una mayor profundidad en el análisis.

En su trabajo *Análisis de niños con los adultos*, plantea la necesidad técnica de tener que recurrir, en el momento de la interpretación o de la comunicación al paciente, a un código más sencillo capaz de ser entendido por un niño, señalando: «Si mi pregunta no es lo suficientemente simple, si no está adaptada a la inteligencia de un *niño*, el diálogo se rompe rápidamente» (Ferenczi, 1931). Añade también que en ese estado de regresión del paciente es fácil hacerle partícipe de las ideas del analista desde el lugar que éste ocupa, y sugiere que lo que debemos de hacer es permitir que sea el propio paciente quien elabore sus propias producciones.

d) Periodo del análisis mutuo

Llegamos al final de nuestro recorrido técnico por la obra de Ferenczi y, de igual forma, a la última etapa de su vida, estará marcada por un gran aislamiento. En ella empezará a escribir una larga serie de anotaciones. Algunas aparecen reunidas por Balint como *Notas y fragmentos* (Ferenczi, 1920 y 1930-33), en sus obras completas, y el resto agrupadas en el trabajo que se conoce como *Diario clínico*. Ambos documentos están estrechamente relacionados.

Si bien el término análisis mutuo no aparece en ningún texto revisado por Ferenczi y lo reserva solo para los casos de *análisis didácticos*, la técnica del análisis mutuo va ahondar una vez más en

la idea, ya comentada anteriormente del impasse o estancamiento del proceso analítico. Pero en esta ocasión centrará su atención en la propia contratransferencia del analista, generada por conflictos internos que se activarán en la sesión. Planteando la hipótesis de que es el propio analista el que puede estar bloqueado por su contratransferencia. Se convierte así, el análisis de la contratransferencia negativa del analista, en el objetivo de propuesta técnica. Dicho análisis era realizado proponiendo una modificación radical de las condiciones del encuadre: una inversión de roles durante la sesión, de forma que el analista se prestaba a ser analizado por el paciente en lo relativo a sus bloqueos o su contratransferencia.. Dicha inversión de roles o análisis bidireccional va a permitir al paciente tomar contacto y conocimiento de la contratransferencia que suscita en su analista, pero una vez resuelto el estancamiento se volvería al encuadre inicial.

Para finalizar este periodo y el recorrido técnico por la obra de Ferenczi, queremos abordar una de las cuestiones pertenecientes a este momento del análisis mutuo que, ya en vida, pero también de forma póstuma, más daño hizo a la imagen y pensamiento de este autor. Nos estamos refiriendo al hecho de que Ferenczi permitiera durante los momentos de análisis de este periodo, ser acariciado o permitiera el contacto físico. Coincidiendo con autoridades en la obra de Ferenczi, como Antoni Talarn (2003) o Arnold A. Rachman (1993), el contacto físico mantenido con sus pacientes, escasísimo por cierto, era articulado con la finalidad de generar un vínculo de mayor confianza entre paciente y analista, o como forma de aliviar al paciente de un sufrimiento emocional durante la sesión, y nunca incorporó aspectos pasionales.

2.2. Vigencia de Ferenczi en la Psicoterapia actual

Si bien hemos centrado todo nuestro interés en las aportaciones técnicas realizadas por Ferenczi, no debemos olvidar mencionar otras aportaciones de tipo más teórico, que sin ningún género de duda aparecen incorporadas en el actual panorama psicoanalítico, y que en algunos casos formarían parte de la base de actuales escuelas de corte psicoanalítico.

Entre estas aportaciones más teóricas podemos destacar:

1. El concepto de **Introyección**, contrario al de **proyección**, hace referencia al mecanismo por el cual el individuo incorpora todo

aquello del exterior que puede llegar a completarlo o a enriquecerlo. Este concepto ferencziano influye en las formulaciones teóricas y técnicas de la *Escuela Kleiniana* (véase *Capítulo 6*) que desarrolla entre otras la teoría de las **relaciones objetales**.

2. Ahonda en la importancia de la contratransferencia en un momento en la que es vista como un obstáculo para la cura y que debía de ser ignorada.
3. Sus teorías influyen en conceptos actuales como el de *experiencia emocional correctora* de Alexander (1960), o en la obra de Winnicott (véase *Capítulo 6*).
4. Propone un modelo de funcionamiento mental claramente interpersonal, relacional, en el que encontramos las bases teóricas de corrientes psicodinámicas actuales como la Intersubjetivista y relacional, y en la Psicoterapia o **Teoría vincular** (véase *Capítulo 11*).

Volviendo al enfoque más técnico de su obra, sus aportaciones se encuentran presentes en muchas de las terapias de orientación dinámica. Entre otras aportaciones técnicas destacan:

1. La regresión, como aportación técnica ferencziana está más que incorporada en el esquema estructural del proceso terapeutico actual.
2. En la llamada *psicoterapia psicoanalítica*, se incorpora la idea de la *elasticidad* de Ferenczi: se entiende la psicoterapia psicoanalítica como una versión «elástica» de la cura tipo.
3. Su interés por lo corporal —la hipocondría fue una constante en su vida— suscitó un lugar de reflexión entre lo físico y lo psíquico que sentaría las bases de lo que hoy conocemos como psicósomática.
4. Sienta las bases de la actual normativa en materia de formación de candidatos, ya que el análisis personal del terapeuta el principal eje de la formación.
5. Finalmente, y sin querer ser pretenciosos, podemos apuntar que en las actuales técnicas de modificación de conducta o psicoterapias no analíticas, encontramos influencias de la técnica ferencziana. Concretamente lo referente al periodo de la técnica activa, donde encontramos una gran similitud en la forma en la que trabajaba las fobias de sus pacientes y los recursos técnicos conductuales conocidos como desensibilización sistemática y técnica de implosión.

3. LOS PRIMEROS Y GRANDES DISIDENTES: ADLER Y JUNG

En torno a 1910, Alfred Adler y Carl G. Jung eran dos figuras destacadas en el círculo de Freud, especialmente el segundo. Pero muy poco tiempo después se separarán o serán segregados de la línea oficial del Psicoanálisis. No son los únicos casos, puesto que como después se mencionará, Otto Rank, Wilhem Reich, Wilhem Stekel, entre otros, serán marginados del psicoanálisis oficial. Se hará mención de las causas de estas «disidencias» o «segregaciones», más marcadas por cuestiones de índole personal que teóricas. Con todo, es preciso reconocer la necesidad que tuviera el propio Freud y su círculo de leales de preservar la «pureza» e integridad de las teorías freudianas, en un momento de su desarrollo en el que aún no habían cobrado suficiente especificidad, aceptación «universal» y autonomía indiscutible. Adler y Jung, muy diferentes entre sí, tendrán en común haber sentado las bases de importantes líneas teóricas que coexistirán con el psicoanálisis freudiano, líneas cuya influencia llega hasta nuestros días. Examinemos sus contribuciones con más detalle, y seguidamente la de otros disidentes que también han tenido importancia en los tratamientos psicodinámicos: Otto Rank y Wilhem Reich.

3.1. La teoría de Adler y su influencia posterior en la Psicoterapia

Sería injusto referirse a Adler como «discípulo herético» de Freud. De una parte, al conocer a Freud, Adler es ya un médico formado en la clínica de los trastornos mentales, portador de numerosas hipótesis e ideas propias; por otra parte, su sistema teórico y su concepción de la psicoterapia se conforman de manera progresiva como radicalmente distintos del psicoanálisis. Señala Ellenberger:

«... cuando (Adler) se unió al pequeño grupo de Freud, tenía ideas definidas sobre la medicina social, la educación, el papel de las inferioridades orgánicas y los errores educativos en la génesis de las alteraciones emocionales. En los siguientes años desarrollaría sus ideas en una nueva dirección dentro del marco del movimiento psicoanalítico» (Ellenberger, 1976, p. 680).

Cuadro 2. Reseña biográfica de Alfred Adler (1870-1937)

Alfred Adler nace el 7 de febrero de 1870 en Rudolfsheim, suburbio de Viena, en el seno de una familia judía, segundo de entre siete hermanos. Ellenberger lo presenta así:

«... un niño enfermizo, inhibido por su brillante hermano mayor, y después un estudiante no demasiado brillante. Aún más tarde, le vemos como un ardiente socialista y un joven y experimentado médico interesado por la medicina social... Durante su asociación con Freud le presentan como una persona activa pero muy sensible y quisquillosa... Parece ser que los acontecimientos de la guerra provocaron una destacada metamorfosis en él... Poco a poco se había convertido en apóstol de un ideal que para él era la única salvación del mundo y por cuya propagación se desgastó fatalmente» (Ellenberger, 1976, pág. 665)

En 1888 ingresa en la facultad de medicina de Viena, donde siguió en particular las enseñanzas de Krafft-Ebing y Benedikt. Se diploma en 1895. Trabaja en la *Poliklinik* durante quizá dos años y abre su primera consulta. En 1902 conoce a Freud, iniciando junto a Stekel, Kahane y Reitler el grupo de las «reuniones de los miércoles». Miembro muy activo de la *Sociedad Psicoanalítica de Viena*, fue nombrado Presidente y director de la *Zentralblat* en 1910. En 1907 aparecen sus «Estudios sobre la inferioridad de los órganos», acogida por Freud como complemento fisiológico de la teoría psicoanalítica de la neurosis, la obra más importante de su período psicoanalítico. En esa época contaba ya con amplia práctica clínica, tiene consulta en una de las zonas más residenciales de Viena y es padre de familia con tres hijos. Una serie de formulaciones teóricas que va elaborando en sedimentación, le van a ir separando gradual e inevitablemente de Freud. La ruptura tiene lugar en febrero de 1911 como consecuencia inmediata de las discusiones que siguen a la lectura de dos trabajos («Problemas de Psicoanálisis» y «La protesta masculina como cuestión central de la neurosis»). En mayo de ese año funda la *Sociedad de Psicoanálisis Libre*, *Sociedad de Psicología Individual* a partir de 1912. En ese mismo año aparece su segundo libro, *El carácter nervioso* e inicia la publicación de una serie de monografías y trabajos sobre las neurosis y temas afines. Poco después aparece la *Revista de Psicología Individual*. Su escuela va creciendo en seguidores y contenidos teóricos diferenciados.

Movilizado en 1916 como médico del ejército, se interesa fundamentalmente por las neurosis de guerra. En 1920, tras el acceso al poder en Austria de la socialdemocracia, tiene oportunidad de materializar una serie de proyectos pedagógicos (consultas para profesores, consultas médico-pedagógicas, jardines de infancia y escuelas experimentales). En 1924 es nombrado profesor del *Instituto Pedagógico de Viena*. La difusión de la Psicolo-



gía Individual, en sus vertientes teórica, clínica y pedagógica va ocupando su actividad y cobrando mayor peso en Centroeuropa, Inglaterra y EEUU. En 1927 aparece su tercera obra de importancia, *Comprensión de la naturaleza humana*.

Progresivamente pasa más temporadas en EEUU, a donde se traslada definitivamente en New York en 1934 (funda el *Journal for Individual Psychology*). Camino de Inglaterra para un nuevo ciclo de conferencias, sufre un colapso en Aberdeen, el 28 de mayo de 1937, a los 67 años de edad.

Muchos son los puntos de divergencia —incluso oposición— entre los postulados de Freud y Adler. Frente a la consideración del conflicto pulsión sexual-defensas con las fijaciones y regresiones libidinales y el complejo de Edipo como elementos nucleares de las neurosis, la teoría estructural del aparato psíquico con escaso protagonismo del Yo y una visión causal-determinista de la vida psíquica (Freud), Adler concede menor rango a los impulsos sexuales en beneficio de los agresivos. Resalta las vivencias de inferioridad y los intentos de compensación mediante la creación de imágenes ficticias acerca de uno mismo, las propias metas y las exigencias del entorno como causa de la neurosis. Aporta también una perspectiva holística y teleológica del individuo y su curso vital, donde las relaciones fraternas marcan más que las parentales. Con el paso del tiempo las nuevas formulaciones de Adler terminarán por ser conceptos y aportaciones técnicas netamente diferenciadas de las de Freud.

Parece que Adler hiciera jugar a Freud el papel de «antagonista» (concepto que en Adler representará a aquél a quien uno se opone, con quien mide sus fuerzas), que le ayudará a encontrar su propio camino inspirándole formas opuestas de pensar. Pero la influencia fue, lógicamente, mutua. En cualquier caso, Adler absorbió muchas ideas de Freud (quien siempre temió que esa fuera la versión del psicoanálisis que acabase popularizándose), y practicó durante unos años su propio método terapéutico. Sin embargo, es interesante constatar también las incorporaciones que el psicoanálisis freudiano realizó de ideas originales adlerianas. Cuando en 1908 Adler postula la existencia de una pulsión agresiva autónoma, Freud la rechaza. Pero luego, en 1920, incorporará esta noción, pretendiendo diferenciarse de los postulados adlerianos. Asimismo, muchos de sus conceptos (confluencia de impulsos, desplazamiento de impulsos, desviación de un impulso contra uno mismo, desplazamiento sobre otro impulso fuerte, transformación en los opuestos, internalización de las demandas externas) son progresivamente incorporados a la teoría freudiana.

Siguiendo a Ellenberger (1976), las formulaciones de Adler, en cuanto teoría psicológica, constituyen un sistema de psicología pragmática, que no pretende profundizar demasiado en los temas, sino proporcionar principios y métodos que permitan adquirir un conocimiento práctico de uno mismo y de los demás.

La *teoría de la inferioridad orgánica* parte del reconocimiento de la existencia de inferioridades de los órganos —sean estructurales o funcionales—, que conllevan *procesos de compensación*, entendidos como concentración de la atención del sujeto sobre ese órgano inferior, así como sobre la superficie corporal adyacente. Y si ésta última fuera una zona erógena, dará lugar a su sobrestimulación y desatará un proceso neurótico. Esta teoría pretende dar cuenta de los sustratos fisiológicos de la predisposición a las neurosis y, como ya hemos apuntado, es históricamente psicoanalítica.

La inferioridad orgánica en sí va perdiendo peso en la etiología de los trastornos psíquicos en favor de la reacción del individuo frente a ella. Existen, además, otras fuentes de *inferioridad*, como son las vivencias originadas por errores educativos o la marginación socio económica. Hay que distinguir entre las vivencias de inferioridad —naturales e inevitables en el desarrollo del niño— y los sentimientos o ***complejo subjetivo de inferioridad*** —que sí tienen un carácter neurótico—. Al final de su obra y más desde una perspectiva filosófica, Adler vuelve a considerar que el sentimiento de inferioridad, lejos de ser un síntoma neurótico, se convierte en la característica esencial del hombre. Así, escribe en el libro *El significado de la vida*: «Ser hombre significa padecer un sentimiento de inferioridad que constantemente induce a superarlo». Adler hará pivotar progresivamente su teoría de la neurosis sobre conceptos no freudianos (Monedero, 1977).

Aunque la tendencia a la superioridad va adquiriendo el rol de impulso primario y natural —no sólo compensación secundaria de sentimientos de inferioridad— éstos últimos siguen ocupando un lugar central en su teoría. Para Adler existe un proceso de «entrenamiento» común a todas las neurosis (Podemos decir que se aprende a ser neurótico y, por tanto, se puede reeducar las capacidades creadoras y limitar los errores en la aprehensión de uno mismo y los otros). El neurótico juega con las fantasías para finalmente creer en su realidad; Adler llama a este proceso la *sustanciación de las ficciones*. Las tácticas que el neurótico emplea para alcanzar sus fines (ilusorios, inalcanzables, desconocidos) es lo que Adler denomina *estilo de vida*. Un estilo de vida neurótico estaría integrado por errores en la percepción de la realidad y la valoración del Sí mismo.

Adler se abre a modalidades diversas de la psicoterapia: técnicas de terapia individual racional, técnicas de orientación infantil, terapia de grupo y psiquiatría comunitaria, así como trabajos de pedagogía terapéutica. La psicoterapia individual adleriana se enuncia como una búsqueda de la liberación del individuo. Así lo expresa Meyer:

«El arte de la psicoterapia de Adler es volver al individuo accesible a los valores de la comunidad, es decir, ayudarlo a avanzar, a desarrollar su valor» (Meyer, 1955; p. 4).

Según Adler, el psicoterapeuta debe *ponerse en el lugar del enfermo* para crear el contacto necesario para el tratamiento; no debe situarse desde los «esquemas perceptivos propios», sino desde los del paciente. Ayudar al paciente pasa por la *apropiación de su subjetividad, penetrar en su línea directriz*. Hay en Adler claras anticipaciones de conceptos y técnicas que varias décadas más tarde desarrollarán Rogers y Ellis. Desde el principio de la terapia el terapeuta debe proponerse que el paciente *asuma la responsabilidad de su curación*. El terapeuta no hace sino *ayudar a que el paciente realice lo que sabe*, y esta realización representa el pleno desarrollo de la actividad creadora del sujeto. Adler defiende que el proceso de la memoria permite al sujeto adaptar sus impresiones al estilo de vida, por lo que los recuerdos nunca serán objetivos y serán interpretados en orden a esclarecer el estilo de vida. Los recuerdos más arcaicos muestran las circunstancias en las que cristalizó la visión acerca de uno mismo y el entorno, el inicio de la línea directriz con la que el sujeto se adapta y realiza los valores de la comunidad o rehusa enfrentarlos refugiándose en la enfermedad. En la psicoterapia adleriana la interpretación de los primeros recuerdos es el material básico para la comprensión de los problemas del paciente.

Adler resalta que la imaginación es también una expresión del estilo de vida, mediante la cual la persona anticipa situaciones venideras con objeto de dar respuesta a problemas vitales. La imaginación puede promover en el sujeto la afirmación de los valores propios, estimulando la realización de actividades creadoras pero, si es débil o falta el sentimiento de comunidad, la actividad imaginaria retrae al sujeto, que se refugia entonces en su fantasía, incrementando con ello los errores en la «aprehensión de sí mismo y el entorno». La imaginación se utiliza en la terapia para detectar los mecanismos de compensación y sentimientos de inferioridad mediante los que conocer la «línea directriz». La proximidad con algunas técnicas cognitivas es evidente.

Los sueños son considerados, tanto propuestas «de prueba», como búsquedas tendenciosas de solución. Para Adler el dormir separa de la

actividad del día y crea un clima afectivo en el que se manifiesta el sueño. La interpretación de los sueños se utiliza para *comprender* el «estilo de vida» del paciente; también como índice de la evolución del tratamiento, del éxito terapéutico y del grado de resistencia o de cooperación del paciente.

La psicoterapia adleriana establece una relación de mayor igualdad entre terapeuta y paciente. Los fenómenos transferenciales no son propiciados técnicamente —una de las principales diferencias con la cura psicoanalítica— y su aparición es significada como un deseo neurótico que debe ser erradicado. La *resistencia* es considerada una forma de protesta masculina, que es señalada al paciente como indeseable. Tampoco se propicia la regresión terapéutica. El encuentro terapeuta-paciente se rige más por la colaboración, donde la tarea del terapeuta tiene un marcado acento pedagógico, como subrayan Talbott *et al.*:

«El terapeuta y el paciente analizan juntos la historia del paciente, en gran parte mediante la reconstrucción más que mediante la transferencia. Adler trataba de infundir confianza en el paciente y en los efectos no específicos de la alianza terapéutica, para reeducar al paciente en un ambiente terapéutico apropiado; un ambiente en el que se sintiera totalmente aceptado y en el que se le hiciera experimentar un estilo de vida más sano» (Talbott, Hales y Yudofsky, 1989, p. 153).

Cuadro 3. Proceso de la Psicoterapia Individual Adleriana

La psicoterapia individual adleriana entraña un *proceso* en tres estadios diferenciados en el tiempo y en cuanto a la tarea terapéutica:

- *Primero*: El terapeuta intenta comprender al paciente y sus problemas, inferir su fin vital y estilo de vida. Para ello se parte del relato que el paciente hace de su historia y dificultades, los primeros recuerdos, situaciones de la primera infancia, sueños, gestos y actitud del paciente.
- *Segundo*: El terapeuta debe transmitir —y el paciente reconocer y comprender— gradualmente cuales son su fin vital y estilo de vida ficticios, y cómo entran en colisión con la realidad de la vida y la ley del interés social. En un diálogo mayeutico, se identifican esos *errores* y *conclusiones* equívocas hablando precisamente acerca de las dificultades y vivencias de fracaso del paciente. Este estadio, variable en extensión, debe finalizar con la adquisición y aceptación, por parte del paciente, de una imagen clara y objetiva de sí mismo. Las conexiones con la *Terapia Racional Emotiva* de A. Ellis y al *Análisis Transaccional*, son abundantes.



- *Tercero*: Si el paciente acepta —y se compromete activamente a— modificar su fin y estilo de vida, el terapeuta le ayudará a readaptarse a una realidad recién descubierta. Con una actitud de compromiso, activa y cercana (fundamentalmente apoyada en la alianza terapéutica y la aceptación del paciente), el terapeuta irá deshaciendo errores e inhabilitando síntomas. Todo ello en un proceso tendente a favorecer la emergencia del valor, el compromiso inexcusable con las exigencias de la realidad y el desarrollo del sentimiento de comunidad.

El tratamiento tiende a ser breve (no dura más de un año), y suele tener una frecuencia inicialmente de tres días en semana, para ir reduciéndose a dos y uno, en sesiones de una hora en las que paciente y terapeuta se hayan sentados —*democráticamente*, como lo denomina Adler— frente a frente.

Tras la Segunda Guerra Mundial se inició una etapa de difusión internacional de las ideas y métodos de Adler. Todo el movimiento psicoanalítico ha sido imperceptiblemente permeable a las ideas de Adler, especialmente en los autores de posiciones psicoanalíticas más flexibles como Edward Kempf, Harry S. Sullivan, Karen Horney, Erich Fromm (*véase Capítulo 5*), y también en otros autores que realizan una *mezcla* de conceptos freudianos y adlerianos (Thomas French, Clara Thompson, Sandor Radó, Theodore Reik, Abraham Kardiner).

Adler influye también en otros muchos autores. A veces en las teorías de discípulos «levemente disidentes» (como es el caso de Hans Künkel), o que construyen a partir de él doctrinas más diferenciadas (como es el caso de Viktor Frankl, en el marco de la psicoterapia existencial). Influyó en Binswanger y en el *psicoanálisis existencial* de J. P. Sartre. También se concretará en el desarrollo de nociones como la de autocongruencia, propuesta por el psicólogo norteamericano Prescott Lecky, la tendencia básica a la autoafirmación en Wilhelm Keller, los análisis de la constelación familiar de Walter Tilman y O. Martensen-Larsen, la teoría de los imperativos sociales de Walter Goldschimdt, la ya citada terapia racional-emotiva de A. Ellis, la terapia de la realidad de Glasser, así como en los primeros grupos terapéuticos y de formación. Mientras la mayoría de estas concepciones están actualmente vigentes, la casi totalidad de las nociones de Adler quedan fuera del contexto conceptual de la psicología y la psicoterapia contemporáneas.

3.2. Vida y obra de Jung. La psicoterapia Jungiana

Tanto la psicología analítica de Jung como el psicoanálisis de Freud proceden del romanticismo. Sin embargo, la psicología analítica jungiana va a rechazar el positivismo científico y la influencia de Darwin —a los que el psicoanálisis intentará permanecer unido— regresando a las fuentes del romanticismo psiquiátrico y la filosofía de la naturaleza (Robertson, 2002).

En 1909 Jung publica un artículo titulado «El significado del padre para el destino del individuo», en el que queda expresado cómo lo que Freud atribuye a la resolución del Complejo de Edipo, Jung lo adscribe a una asimilación precoz de las actitudes familiares; actitudes que persistirán durante toda la vida del individuo y la dirigirán inconscientemente. El *Complejo de Edipo* para Jung no es universal y necesario, sino un posible síntoma de actitudes defectuosas de los padres hacia el niño. En relación a la teoría de la libido, en 1911 Jung (1956) se aparta del concepto de libido original de Freud (Jung, 1995a). Considera que la psicosis no puede explicarse por la retirada de la libido del mundo exterior. Ésta solo sería posible si la libido fuera algo más que instinto sexual, de modo que Jung la identifica con la energía psíquica. Añade además que la libido en su nuevo significado se expresa naturalmente sólo a través de símbolos universales. Este planteamiento pronto dará lugar al concepto de inconsciente colectivo y de arquetipos.

Cuadro 4. Reseña biográfica de Carl Gustav Jung (1875-1961)

Carl Gustav Jung nace en 1875 en Kesswill, cantón de Thurgovia (Suiza), a orillas del lago de Constanza, hijo de una familia de origen alemán, que había adquirido la nacionalidad suiza un siglo antes. Su padre, pastor, se establece cerca de Basilea, donde Jung cursa estudios, y manifiesta especial interés por la paleontología y la arqueología. Esta curiosidad marcaría buena parte de su trayectoria posterior. Cursa Medicina y se especializa en Psiquiatría. En 1900 entra como asistente en el asilo de alienados de Burghölzli (Zurich), donde trabaja con Eugen Bleuler. En 1902-1903 asiste a un curso en París con Pierre Janet, y en 1905 pasa a ser médico jefe de la clínica de Burghölzli, al tiempo que comienza a dictar cursos sobre Psicología de las Neurosis en la Universidad de Zurich. En 1906 descubre las teorías de Freud y queda profundamente impresionado. Al año siguiente se traslada a Viena para conocerlo, entrevistándose con él durante casi trece horas. Este encuentro produce en ambos una *impresión de acuerdo*, que durará hasta 1912. En 1909 Jung renuncia a su trabajo clínico para dedi-



carse al psicoanálisis, y Freud, en 1910, se refiere a él en los siguientes términos: «Estoy más convencido que nunca de que es el hombre del futuro». Al fundarse la IPA en 1911, Jung es el primer presidente, en palabras de lo que Jones llamará «el sucesor directo de Freud».

En 1912 Jung publica un trabajo titulado en su versión castellana «Metamorfosis y símbolos de la libido», en el que Jung desarrolla el concepto de libido, más allá de la naturaleza sexual de la misma, con la que se aleja del pansexualismo freudiano. En 1913 se separa de Freud y el psicoanálisis, y llama a su método, primero *Psicología Analítica* y, posteriormente, *Psicología Compleja*. Además, se constituye un grupo de jungianos ortodoxos que permanecerán netamente diferenciados de los freudianos.

Posteriormente, Jung estará cada vez más interesado en la Antropología y en las culturas primitivas, y durante los años 20, viajará por África y América. En 1938 viaja a la India, donde recoge una amplia influencia oriental que afectará a la última etapa de su obra.

En 1930 fue designado presidente honorario de la Sociedad Alemana de Psicoterapia Médica. En 1933 sucede a Ernest Kretschmer en la presidencia de la Sociedad Internacional de Psicoterapia Médica, y se convierte en redactor jefe del *Zentralblatt für Psychotherapie und ihre Grenzgebiete*, puesto al que renuncia en 1939, tras los incidentes surgidos por declaraciones suyas sobre el antisemitismo y el nazismo.

En 1944 la Universidad de Basilea le ofrece una cátedra en la que enseña durante dos años. En 1948 se crea en Zurich el Instituto Jung, y se retira a Bollingen, donde morirá en 1961.

En septiembre de 1912, en una serie de conferencias que Jung pronuncia en Nueva York, se refiere también al concepto de libido en términos de «energía psíquica». Ésta se manifestaría en el proceso vital y sería percibida subjetivamente como tendencia y deseo. Si para Freud el desarrollo humano transcurre a través de una serie de estadios del desarrollo libidinal que culminan en el Edipo, seguido del período de latencia, con un segundo despertar del instinto sexual en la pubertad conduciendo a la madurez, y a partir de entonces un período sin cambios substanciales, en Jung, en cambio el desarrollo no responde a esta concepción, sino que consiste en una serie de *metamorfosis*. Un proceso que va desde que el niño emerge del inconsciente colectivo hasta que completa el *Sí mismo*. Para Jung se entra en la vida con un inconsciente no diferenciado, del que va emergiendo lentamente como un yo consciente.

El concepto de neurosis en Jung difiere del de Freud. Para aquél el origen de las neurosis no está en la infancia, sino en las situaciones pre-

sentes. La evolución natural de la libido resulta frenada por las dificultades actuales, que producen una reactivación de conflictos pasados.

El modelo del psiquismo elaborado por Jung ha sido revisado recientemente por Fordham (1979). Jung concibe la *Psiquis* como un sistema dinámico, en movimiento constante, dando el nombre de *libido* a la «energía psíquica en general, que fluye entre dos polos opuestos». La *libido*, en vez de orientarse a la sexualidad, está dirigida a un fin simbólico. El *signo* es un sustituto, una representación de una cosa real. El *símbolo* expresa un hecho psíquico que no se puede formular con mayor exactitud. Una característica de los análisis de Jung es un cierto desinterés por la *exactitud*. Jung considera —a diferencia de Freud— que no es posible alcanzar una perfecta precisión en la descripción de los fenómenos psíquicos.

Jung postula que entre la conciencia (que corresponde al «Yo social») y la parte más profunda del inconsciente, que Jung denomina «Inconsciente colectivo», hay una zona intermedia o «Inconsciente personal» en el que además de deseos infantiles reprimidos residen percepciones subliminales de experiencias olvidadas. Propone entonces que la tarea de la psicoterapia es, mediante la *anamnesis*, recuperar una parte de esas experiencias. Los «recuerdos» de esta «zona» del inconsciente personal pueden ser evocados cuando la represión se atenúa, o bien afloran fortuitamente. El inconsciente colectivo es más profundo y Jung lo define como «la sustancia desconocida de donde emerge nuestra conciencia», está constituido por los instintos más generales de la humanidad (sexuales o no) y lleva la impronta de todas las experiencias remotas. Jung define el **Arquetipo** como «la tendencia que experimentamos a aprehender la vida de una manera condicionada por la historia pasada de nuestra especie».

Definir el contenido del **Inconsciente Colectivo** (Jung, 1995b) es describir los arquetipos que constituyen su estructura de base. Los arquetipos de Jung juegan un papel semejante a las *formas a priori* de la representación en Kant. La teoría Jungiana no es totalmente determinista ya que admite que el inconsciente individual aporta modificaciones originales a las reacciones colectivas. Además, aunque exista un patrimonio común a la humanidad, este se diferencia y matiza según los pueblos, etnias e incluso familias. El estudio de la compleja relación dialéctica entre lo individual y lo colectivo es el eje del análisis jungiano. Jung describió 6 arquetipos fundamentales (*Persona*, *Sombra*, *Anima*, *Animus*, *Gran Madre* y *Anciano Sabio*). Para Jung la posesión de los arquetipos es una inflación contraria a un auténtico desarrollo de la personalidad. El desarrollo normal busca un equilibrio entre las adquisiciones de la con-

ciencia (precarias y artificiales) y las fuerzas del inconsciente (potentes, pero oscuras). El objetivo de la psicoterapia en Jung es lograr que el individuo coincida con su *Sí mismo profundo*, equilibrando necesidades sociales y pulsiones instintivas. Jung es casi pionero en el encuentro entre las concepciones de la psicoterapia en occidente y el taoísmo y el budismo, camino que luego recorrería también un psicoanalista: Erich Fromm. Jung utilizará la figura del *mandala* (círculo mágico) para efectuar una representación simbólica del *Sí mismo* en cuyo interior todas las fuerzas han de equilibrarse.

El interés de Jung por lo religioso y lo místico supuso, además del distanciamiento de Freud, el rechazo de los psicoanalistas, cuyo énfasis en lo racional y material hacían intolerables las proposiciones jungianas.

La *psicoterapia jungiana* (Jung, 1995c) comprende varios estadios, cada uno de los cuales constituye una técnica diferenciada. Tales estadios son: la terapia de concienciación, el tratamiento del secreto patógeno, el método reductivo-analítico, la activación de la individuación y la reeducación.

Jung entiende que el primer paso a dar es devolver al sujeto a la realidad, y particularmente a la conciencia de su situación presente. Un segundo paso lo constituirá la resolución de los secretos patógenos. Antes de proseguir el tratamiento hay que considerar el tema religioso. El paciente neurótico se curaría con la simple reanudación de su práctica religiosa, si es que ha tenido en algún momento de su vida una creencia de este tipo. Pero Jung subraya que la mayoría no responde a una cura tan simple y es necesario un tratamiento psicoterapéutico completo. El terapeuta entonces ha de decidir si debe utilizarse una terapia reductivo-analítica (basada en principios freudianos o adlerianos), o sintético-hermenéutica (jungiana). Jung no se muestra rígido en este punto, y propone que los pacientes de rasgos fundamentalmente *hedonistas* deben ser tratados mediante psicoterapia de orientación psicoanalítica. En cambio Jung recomienda que los pacientes dominados por el impulso de poder y la superioridad deben ser tratados según los principios adlerianos.

En Jung el sueño es el medio más importante para acceder al inconsciente. Ahora bien, la concepción jungiana de los sueños difiere bastante de la de Freud. Si para Freud el sueño se refiere a la satisfacción de un deseo reprimido generalmente relacionado con la sexualidad infantil, para Jung las funciones de los sueños serán múltiples (temores, deseos, sueños de futuro, sueños creadores, consejeros, parapsicológicos, espejo de la situación actual del soñador, etc.). Jung no distingue entre contenido manifiesto y latente, puesto que el manifiesto es el propio sueño. Las

nociones de represión y censura no son necesarias para la comprensión de los símbolos oníricos. El intérprete debe conocer bien la vida y situación actual del soñador, tener buen conocimiento de los símbolos y, por tanto, de la mitología y la historia de la religión. Jung otorga mucho peso a la seriación de los sueños. En vez de utilizar el método de la libre asociación, Jung usa el de la amplificación (examinar todas las connotaciones posibles de una imagen dada), dando una gran importancia a los sueños *arquetípicos*, que marcarán el camino de la individuación.

Para acceder al inconsciente Jung utiliza también las fantasías espontáneas y los dibujos o pinturas libres. Insta al sujeto a que, tras un sueño o una imaginación activa que le dejó una fuerte impresión visual, fije las imágenes con los medios técnicos de que disponga.

Jung influyó inicialmente en la teoría psicoanalítica, introduciendo los términos **complejo** e **imago**. Fue también el primero que planteó la necesidad del análisis didáctico. La crítica que Jung hizo al análisis que Freud propone de las Memorias del paranoico Schreber (Freud, 1910) condujo al creador del psicoanálisis a revisar su teoría de la libido y a introducir el concepto de narcisismo. Freud fue estimulado por el interés de Jung por los mitos y sus «Metamorfosis y símbolos de la libido» para escribir *Tótem y tabú*. Los psicoanalistas de niños aprovecharán las técnicas de la terapia jungiana mediante el dibujo y la pintura, técnicas que también serán utilizadas en el tratamiento de psicóticos. E. Erikson se basará en Jung al formular sus etapas del desarrollo del individuo (las cinco primeras se apoyan en los estadios libidinales de Freud, las otras tres se inspirarán en el concepto de individuación de Jung).

Cuadro 5. La Psicoterapia Jungiana

En el proceso de la terapia jungiana hay tres fases principales referidos respectivamente a la *sombra*, el *anima* y el *animus*, el *sabio anciano* y la *gran madre*, sin excluir que aparezcan otros arquetipos en diversos estadios, que haya que manejar específicamente. El tratamiento tiene como finalidad la terminación de la individuación. En la técnica jungiana el paciente se sienta frente al psicoterapeuta. Las sesiones duran una hora, dos veces por semana al principio, para pasar rápidamente a una semanal, con una duración total de aproximadamente tres años. El proceso psicoterapéutico se describe como la *acción de la función trascendente* (síntesis progresiva de los datos conscientes e inconscientes que lleva a la individuación).

Jung dio un gran impulso a la psicoterapia de la esquizofrenia. Se anticipó a los analistas existenciales en sus intentos de comprender la expe-



riencia subjetiva del esquizofrénico. El método de *imaginación activa* de Jung inspiró la *terapia del ensueño dirigido* de Desoille. Hans Trüb —discípulo de Jung que luego se separó de éste— desarrolló una teoría alrededor de la idea de que lo único que realmente cura en la psicoterapia es el *encuentro* entre terapeuta y paciente. H. K. Fierz sistematizó el tratamiento jungiano de las enfermedades mentales. C. A. Meier aportó un enfoque jungiano de la medicina psicosomática. Hans Illing desarrolló una psicoterapia de grupo basada en los principios de Jung. E incluso Eysenck se apoyará en los *tipos* de Jung para formular la extraversión-introversión como una de sus dimensiones de la personalidad.

El método de Jung ha venido a denominarse *Psicoterapia Compleja*, y más recientemente *Análisis Jungiano*. Tras la constitución en 1948 del Instituto Jung en Zurich, en 1957 los clínicos jungianos formaron la *Sociedad Suiza de Psicología Analítica*, presidida inicialmente por Kurt Binswanger. Al año siguiente (1958) grupos jungianos de diferentes países, junto a la Sociedad Suiza formaron la *Sociedad Internacional de Psicología Analítica*, que presidió inicialmente Robert Moody, y se celebró su primer congreso en Zurich. Posteriormente, el jungismo se difunde por numerosos países europeos y americanos, evolucionando en dos direcciones diferentes: *a)* los jungianos clínicos, que han difundido y desarrollado la Psicología Analítica o Psicoterapia Compleja, incorporando una lectura crítica abierta de autores psicoanalíticos como Winnicott o incluso Lacan, entre cuyos exponentes más claros están las sociedades de psicología analítica de Inglaterra, Francia e Italia; y *b)* los jungianos interesados por el desarrollo de las ideas y filosofía de Jung, p.e. la *Association of Jungian Analysts*. Este sector convergió con planteamientos antipsiquiátricos, durante la crisis europea de 1968.

No se conoce investigación empírica acerca del modelo jungiano de psicoterapia. Esta carencia, la falta de un método preciso, y su basamento teórico paracientífico, lleva a que consideremos que el Análisis Jungiano —aunque sea un enfoque que sigue practicándose— cae fuera de los límites de la psicoterapia científica.

3.3. Otros disidentes relevantes: Otto Rank y Wilhem Reich

3.3.1. *Otto Rank (1884-1939) y la teoría del trauma del nacimiento*

La obra de Rank es amplia, pero centraremos nuestra atención en aquellos trabajos que supusieron una mayor aportación a la teoría y la técnica psicoanalítica. En su primer gran trabajo, *Der Kuenstler* (Rank, 1907), centra su atención en el conflicto psíquico. Para el autor, en el

individuo «normal» dicho conflicto es de tipo inconsciente y se expresa a través de sueños y otros datos, mientras que al artista no le bastan sus sueños y emplea sus fantasías creadoras como una forma de salida a sus deseos no gratificados. De esta forma, el artista, va a utilizar una cantidad menor de energía psíquica para reprimir el conflicto que el individuo «normal». Rank pone en esta obra el énfasis en el mecanismo de sublimación, señalándolo como la verdadera fuente de creatividad del artista.

Cuadro 6. Reseña biográfica de Otto Rank (1884-1939)

Nace en Viena en 1884 con el nombre de Otto Rosenfeld, apellido que cambiaría en 1901 por el de Rank. Era el mediano de tres hermanos, su hermano mayor le llevaba tres años y su hermana menor murió a los pocos meses de nacer. Su padre era alcohólico y tenía un carácter violento, mientras que la madre se encargó de mantener a la familia. Cuando cumple diez y seis años, tanto él como su hermano rompen relaciones con su padre, pero siguen viviendo bajo su techo. La falta de un padre o una figura masculina con la que poder identificarse provocó según Eisenstein (1968), «una gran tristeza y pesar en el joven Rank, quien se vio obligado a buscar sus ideales del yo en la literatura, la filosofía y el arte». Alfred Adler era el médico de la familia de Rank, y en una visita a su consulta Otto se aventuró a hablarle de Freud y sus teorías. Posteriormente Adler concertó una entrevista con Freud. De esta forma en 1906, y a la edad de veintidos años, Rank conocería a Freud, y le lleva un trabajo suyo, escrito probablemente entre 1903 y 1904. Freud quedó impresionado con este trabajo que más tarde y de forma conjunta, retocaron antes de su publicación (*Der Kuenstler* «El artista», Rank, 1907).

A partir de ese momento comenzó a fraguarse una íntima e intensa relación. Rank entró en la *Sociedad Psicoanalítica de Viena*, donde actuó como secretario hasta 1915 y, por petición de Freud se encargó de la revisión de las ediciones de «La interpretación de los sueños». Este vínculo generó celos entre el resto de los discípulos de Freud, donde Ernest Jones jugaría un relevante papel en la futura separación de Rank y Freud. Rank fue el primer analista profano que trató pacientes antes de obtener su diploma de médico en 1912 por la Universidad de Viena. Durante la Primera Guerra Mundial Rank siguió dirigiendo y editando desde Cracovia la revista *Imago*, y al finalizar la guerra, el 9 de noviembre de 1918 contrajo matrimonio con Beata Tola Mincer, de origen polaco, que contaba veinte años, y con la que tuvo una hija. Se separó de ella en 1939, cuando ya estaba instalado en Nueva York, para casarse con la que fuera su secretaria, Estelle Buel. Falleció poco después, apenas treinta días más tarde de la muerte de Freud.

Su segundo libro fue «El mito del nacimiento del héroe» (Rank, 1909). En este trabajo, para el que contó con la colaboración de Freud en la elaboración de los capítulos dedicados a la novela familiar del neurótico, concluyó que, en la mitología, el héroe o personaje principal inicia su historia en conflicto con la generación previa y, como consecuencia, deviene un personaje rebelde y revolucionario. En 1913, publica en colaboración con Sachs el libro titulado «The Significance of Psychoanalysis for the Mental Sciences» (Rank, Sachs y Payne, 1915), trabajo que ha sido considerado como una de las primeras introducciones a las aplicaciones no médicas del psicoanálisis. En él aborda aquellos campos no exclusivamente médicos que el psicoanálisis ha contribuido a esclarecer. En 1923, y junto con su entonces amigo Ferenczi, escribe «Perspectivas del psicoanálisis» (Ferenczi y Rank, 1924), donde se empieza a apreciar su futura disidencia. Aquí, ambos autores señalaron la importancia que la figura de la madre tiene para el niño, y sugirieron que la actuación (*acting*) del material inconsciente debe ser el centro de atención de la terapia, relegando a un segundo lugar la atención sobre la reconstrucción del pasado del paciente.

Pero será con la aparición en 1924 de su libro *El trauma del nacimiento* (Rank, 1924), cuando comience a distanciarse definitivamente de Freud y del pensamiento psicoanalítico. En este trabajo Rank va a presentar una nueva génesis del desarrollo mental del individuo, basándolo en la **ansiedad de separación** que experimenta el bebé al nacer y separarse de la madre (*ansiedad primaria*). Minimiza la importancia del complejo de Edipo, pues considera que el odio y el temor al padre son secundarios respecto del trauma del nacimiento, ya que, la fijación en la madre se debe enteramente a factores biológicos en la medida en la que ella, figura que da seguridad, representa la ausencia de padecimientos, mientras que la relación con el padre pertenece al orden de la fantasía y no está basada en una experiencia intrauterina. Si bien en un principio esta obra fue aceptada por Freud, las formulaciones de Rank despertaron la oposición de Abraham y los demás miembros del círculo de Viena. Finalmente, Freud se distanció de Rank cuando este último intentó elaborar una nueva teoría y técnica psicoanalítica a partir de su idea del trauma del nacimiento.

Las principales aportaciones técnicas de Rank van a fundamentarse en dos ideas principales, la necesidad de acotar los tratamientos, poniéndoles una fecha límite, con lo que se convierte en el precursor de la psicoterapia de duración limitada, y en su concepción de la neurosis, no como una enfermedad, sino como un fracaso de la capacidad de creati-

vidad del paciente, por lo que en la terapia se debería trabajar la capacidad del paciente para hacer valer dicha facultad.

Las aportaciones de Rank encuentran su correlato en la práctica psicoanalítica contemporánea en la llamada *Psicoterapia Breve o Focal* (véase Capítulo 10). Igualmente destaca su importancia a la hora de tener en cuenta la importancia de la figura de la madre en el desarrollo del bebe, las necesidades maternas del paciente en la terapia, y la necesidad de buscar, al igual que Ferenczi, nuevas fórmulas más activas para trabajar con los hoy denominados pacientes límite o fronterizos y los psicóticos. Finalmente, y siguiendo a Eisenstein

«Si Rank se hubiera mantenido dentro del marco del psicoanálisis, su idea acerca de la ansiedad de nacimiento habría encontrado quizá cierta aceptación en los círculos analíticos. La importancia de la madre en la teoría psicoanalítica contemporánea pudo haber tenido en Rank un precursor, por sus conceptos de “fijación primaria”, “regresión primaria” y “ansiedad primaria”. En cierta medida los conceptos de “madre buena y mala”, “amor primario” y de “fantasías de retorno al vientre materno”, y “fusión con la madre”, pueden tener su origen en Rank (...) y el concepto de la «ansiedad de separación» en el análisis es un sucesor de la “ansiedad primaria” de Rank» (Eisenstein, 1968).

3.3.2 *Wilhem Reich (1897-1957), el freudomarxismo y los orígenes de la psicoterapia corporal*

Cuadro 7. Reseña biográfica de Wilhem Reich (1897-1957)

Wilhem Reich fue en vida, y sigue siendo en la actualidad, una figura controvertida de la historia del psicoanálisis y de la psicoterapia contemporánea. Nace en Dobrzynica, Galitzia, en 1897 en el seno de una familia judía acomodada, si bien no recibió educación religiosa. Su madre se suicidó cuando Reich tenía 14 años y su padre murió de pulmonía tres años después, lo que le obligó a hacerse cargo de la granja familiar. Estudiará medicina en Viena, donde conocerá el psicoanálisis y a Freud en 1919. Empezó a participar en las reuniones de la *Sociedad Psicoanalítica de Viena*. Y allí conoció también a Annie Pink, su primera esposa y a Otto Fenichel, con quien compartió ideas políticas socialistas. También presentó su primer trabajo psicoanalítico sobre *Peer Gynt*, de Ibsen. Inicia la práctica psicoanalítica en 1921 y se interesa por la sexología. Impartió un seminario con mucho éxito, en el que desarrollará su concepción energetista basada en los efectos psicosomáticos de la libre expresión de la energía orgásmica negando el papel de la pulsión de muerte. Hacia 1924 centrará su interés en las



obras de Marx y Engels, que le ayudan a identificar las causas sociales del trastorno mental. A partir de ahí surgirá en sus textos la base de lo que luego se conocerá como *freudomarxismo*, ya presente en dos de sus obras más conocidas, ambas de 1927: «La función del orgasmo» (Reich, 1968) y «Del Análisis del carácter» (una primera versión de la que luego será su obra más importante: Reich, 1965). Su militancia comunista desde 1928 marca el resto de su trayectoria, que tiene como texto clave la obra «Materialismo dialéctico y psicoanálisis», en la que defiende el carácter del psicoanálisis como ciencia natural y rechaza la crítica marxista al idealismo del psicoanálisis. Entrará en contacto en Rusia con Vera Schmidt en 1929 y, posteriormente, se instalará en Berlín, donde se analizó con Sandor Rado y se incorporó a la Sociedad Psicoanalítica. Creo la SEX-POL (Asociación para una política sexual proletaria) orientada a la higiene mental de los jóvenes, donde las reivindicaciones político-sociales y la psicoshigiene se integran en un estilo libertario que llegó a irritar tanto a los comunistas alemanes que le expulsaron del partido, como a los psicoanalistas clásicos, mayoritariamente conservadores. Entre 1930 y 1933, en fecundo diálogo con Otto Fenichel, escribió una obra muy destacada: «Psicología de masas del fascismo». En ella propuso la insatisfacción sexual como causa inconsciente de las actitudes fascistas. Exiliado en Dinamarca y Noruega, tras su expulsión del partido comunista alemán, en 1933 publica como libro el «Análisis del Carácter». En él critica abiertamente el psicoanálisis clásico, manteniendo posiciones muy semejantes a la *técnica activa* propuesta por Ferenczi. El libro, que iba a ser publicado por la editorial de la IPA fue rechazado, y sus actitudes de lucha abierta contra el nazismo le llevaron a la expulsión de la IPA en el Congreso de Lucerna en 1934, ya que hacía tiempo que Freud detestaba a Reich por sus actitudes filocomunistas y librepensadoras. A partir de ese momento, objetivamente expulsado y perseguido en los diferentes ámbitos a los que había pertenecido, llegó a ser tachado de esquizofrénico por la comunidad freudiana, abandonó el psicoanálisis y fundó en Oslo un Instituto de investigaciones biológicas de economía sexual, y desarrolló la *Vegetoterapia caracteroanalítica*, que difundiría su hija Eva, un antecedente de la *Orgonterapia* que llevaría a cabo en Estados Unidos, a donde emigra en 1939. Su etapa norteamericana implicó una cadena de decepciones y rechazos hasta que desarrolló una crisis paranoica y, encarcelado, muere en la prisión de Lewisburg, Pennsylvania, el 3 de Noviembre de 1957.

La influencia contemporánea de W. Reich dentro del campo del psicoanálisis ha quedado restringida a la izquierda freudiana, y ceñida a la preocupación por lo social y el compromiso con la realidad social, posiciones que encontramos, por ejemplo, en figuras del psicoanálisis de habla castellana como José Bleger (1958, 1964), Marie Langer (1951),

Antonio Caparrós (1976) y, a un nivel más general, en los marxistas que se acercaron al psicoanálisis (Wortis, 1965; Marcuse, 1967, 1969), e indirectamente en los pensadores de la Escuela de Francfort (Adorno, Horkheimer, Lowenthal) y de la psicología concreta (Georges Politzer, 1973). La singularidad teórica y técnica de Reich, con sus propuestas sobre el análisis del carácter, y un compromiso más activo del terapeuta con la integración del trabajo asociativo y corporal no ha sido apenas recogida por el psicoanálisis contemporáneo, pero sí por otras direcciones de la psicoterapia, la psicoterapia corporal (bien como Vegetoterapia [Serrano, 1987] o Bioenergética [Lowen, 1977]) y la Terapia Gestalt (Perls, 1947, 1974, 1975).

4. EL DESARROLLO DEL PENSAMIENTO PSICOANALÍTICO EN EUROPA Y NORTEAMÉRICA

4.1. Los primeros psicoanalistas ortodoxos

Esbozaremos ahora brevemente algunas consideraciones sobre los restantes compañeros de Freud en las tres primeras décadas del psicoanálisis, especialmente Karl Abraham, Ernest Jones, Otto Fenichel; y posteriormente el núcleo que con Jones se instalará en Londres: Anna Freud y Edward Glover.

Karl Abraham (1877-1925), alemán, en un principio ayudante de Jung y Bleuler en la clínica de Bürgli (Zurich) toma contacto con Freud en 1907, iniciando junto con Max Eitingon la difusión de las ideas freudianas en Alemania. Funda en 1908 el círculo que en 1910 dio lugar a la *Sociedad Psicoanalítica de Berlín*, de la que será presidente hasta su muerte. La relación con Freud será estrecha y Abraham le apoyó en los momentos de crisis que provocarán las disidencias y posteriores polémicas teóricas. El cariz especial de su relación puede apreciarse en la abundante correspondencia entre ambos, publicada en 1965. Fue secretario de la IPA en 1922 y presidente en 1924. La obra de Abraham no es muy extensa (*véase la compilación de 1955*) pero está revestida de un gran sentido clínico. Con Federn, Abraham es probablemente el primero que se introduce en el problema de la psicosis, apenas abordado por Freud, lo que le lleva a reformular las etapas de la libido y a conceder menos importancia que Freud a los acontecimientos traumáticos. Destacará su contribución a la teoría de la melancolía, ya que propuso a Freud los conceptos con los que este escribirá posteriormente «Duelo y Melancolía». Influirá también en Melanie Klein, pues contribuyó a una nueva visión del desarrollo y los procesos psíquicos precoces, y su papel en el origen temprano de las psicosis (maníaco-depresiva, esquizofrenia) (Sanfeliu, 2002).

Ernest Jones (1879-1958), nacido en Gowertown, Gales, puede ser considerado el diplomático ecléctico del psicoanálisis ortodoxo y, a la vez, guardián de la ortodoxia más conservadora, biógrafo (¿hagiógrafo?) de Freud e inventor del *Comité secreto*. Su contacto con el psicoanálisis se produce a través de la escuela de Nancy. Coincidió con Freud por vez primera en 1908 en el congreso de psicoanalistas en Salzburgo, y le acompañó en su visita a norteamérica en 1909. Se analizó con Ferenczi en Budapest, y se instalará en Londres, donde fundará la *Sociedad Británica de Psicoanálisis* (1913), que se disuelve poco después por las influencias jungianas, para refundarse en 1919, presidiéndola hasta 1944. Especialmente interesado por la difusión y política del psicoanálisis, logrará el reconocimiento de la *Asociación Médica Británica* en 1929, para un título profesional de psicoanálisis. Mediará ante Freud para que este acepte los trabajos de Melanie Klein y se ocupará de acoger primero a Anna Freud — a quien hará la corte— y luego a los Freud en su exilio de Viena. Sus trabajos, que no aportan realmente contenidos originales al psicoanálisis, suponen más bien una labor de *fijar la ortodoxia*, y están recogidos en las obras «Teoría y práctica del psicoanálisis» (Jones, 1948) y en «Ensayos de psicoanálisis aplicado» (Jones, 1951). Sin duda la principal contribución de Jones, además de su labor institucional, fue construir la biografía de Freud (Jones, 1953), con el mismo tono *oficial* y conciliador que hay en todos sus escritos. La vida y obra de Jones ha sido revisada por Girard (1972) y Brome (1983).

Otto Fenichel (1897-1946), en una línea similar a Jones, se mostrará más preocupado por unir la teoría y la experiencia clínica, lo que quedará reflejado en sus conocidas obras «Teoría psicoanalítica de las neurosis» (1968) y en «Problemas de la técnica psicoanalítica» (1982). Fenichel nace en Viena, y desde su juventud muestra una gran inquietud social y política, lo cual trasladará a su interés por el psicoanálisis, donde convergerá como ya se ha apuntado con W. Reich, y más tarde con Edith Jacobson. Se analiza con Paul Federn y Sandor Rado, instalándose en Berlín en 1922. Aunque moderado en sus actitudes políticas, habrá de exilarse a Oslo, y después colaborará con Jones para «salvar» el movimiento psicoanalítico de la persecución nazi, si bien luego se arrepentirá de ello. De nuevo exilado en Praga, tras organizar el movimiento psicoanalítico checoslovaco, emigrará a EEUU por invitación de Ernst Simmel. Allí tuvo que enfrentar muchas dificultades y falleció a los pocos años de haber llegado. La influencia de sus obras técnicas (Fenichel, 1954, 1960, 1982) ha sido muy destacada entre los analistas norteamericanos.

4.2. El psicoanálisis en Europa tras la muerte de Sigmund Freud: Anna Freud

Anna Freud (1895-1982), la hija menor de Sigmund Freud, nació inmersa en el ambiente psicoanalítico. No fue favorecida inicialmente por su padre, puesto que no se había previsto que fuera a la universidad o estudiara Medicina, y por ello se formó como maestra. Conoce a Ernest Jones en 1913, quien la corteja sin éxito, pero con quien colaborará para la edición del *International Journal of Psycho-Analysis*. Su propio padre la analizó en dos períodos (1918-1920 y 1922-1924). Max Eitingon intentó ayudarla a tomar distancia de su padre, pero Lou Andreas Salomé reforzó que hiciera el papel de acompañante y enfermera de su padre hasta su muerte. Interesada en la aplicación del psicoanálisis a los niños, presentó en 1922 su trabajo para la *Sociedad Psicoanalítica de Viena*: «Fantasmas y ensueños diurnos de un niño golpeado». En 1927 publica su principal obra: *El tratamiento psicoanalítico de los niños*, y en 1930 aparece *Psicoanálisis para padres y educadores*. Con el apoyo de Siegfried Bernfeld, August Aichorn, Willy Hoffer creó el seminario de psicoanálisis de niños, y en su amistad con Dorothy Burlingham y los cuatro hijos de ésta desplegó una especie de función plural de madre, educadora y analista. Erik Erikson (véase Capítulo 5), Peter Blos y Eva Rosenfeld la apoyan en la organización de una escuela especial para hijos de pacientes en análisis. En ella desarrolló una especie de pedagogía psicoanalítica, divulgando sus ideas mediante seminarios y conferencias dirigidos a padres, trabajadores sociales y educadores. También realizará observaciones de la conducta y el desarrollo infantil en el jardín de infancia. Sin apartarse de las posiciones teóricas de su padre planteó la existencia de una **fase narcisística y autoerótica**, en los primeros meses de vida del niño, sin calidad de relación de objeto, y en la que el niño reacciona a los cambios que se producen en el ambiente, pero no a las personas. En cuanto a la técnica, sus propuestas se basaron en las ideas que su padre había expuesto en el *caso Juanito* (Freud, 1909a), pero consideraba que el niño es demasiado frágil para someterlo a un verdadero análisis. Una de las obras más conocidas de Anna Freud es *El Yo y los mecanismos de defensa* (aparecida en 1936), donde por primera vez se teorizan de forma sistemática los mecanismos de defensa frente a la angustia.

Cuando en 1938 Hitler invade Austria, la familia Freud, junto con otros psicoanalistas vieneses, se vio obligada a marchar de Viena, huyendo de la persecución nazi. Ernest Jones contribuyó grandemente a que pudieran desplazarse a vivir a Londres, ya que consiguió para ellos visados y un nuevo hogar. Su padre moriría al año siguiente, y Anna permanecerá en Londres desarrollando intensamente su actividad analítica

hasta su muerte en 1982. Su actividad y entusiasmo fueron notorias, aunque las controversias con Melanie Klein llegaron a ser muy agobiantes. Anna Freud creó con Dorothy las *Hampstead Nurseries*, y en 1952 la *Hampstead Child Therapy Clinic*, un centro de investigación y terapia psicoanalítica para niños, que después recibiría el nombre de *Anna Freud Center*.

La visión que Anna Freud tiene del análisis de niños es pedagógica, mientras que su opositora —Melanie Klein— defenderá la vigencia del análisis estándar. Una de las cuestiones que entraron en este debate fue si el niño desarrollaba o no, al menos plenamente, una neurosis de transferencia. Se pone en cuestión si el niño está capacitado como el adulto para iniciar una nueva edición de sus relaciones libidinales primarias, ya que sus objetos de amor originales, los padres, todavía existen como objetos en la realidad. Anna Freud intenta inducir al niño hacia una actitud de colaboración consciente en la que pueda relatar experiencias, sentimientos, proporcionándole un ambiente adecuado. La verbalización es pues importante, aunque también utiliza el juego, al que no considera sustituto de la asociación libre, sino sólo un medio para establecer y mantener la relación de colaboración con el niño.

Junto a Anna Freud, Edward Glover (1888-1972) representará la ortodoxia británica, continuando los procedimientos de Jones, y dedicándose principalmente a defender la inmovilidad de los conceptos freudianos, hasta el punto de dimitir por ello de la presidencia de la *Sociedad Británica de Psicoanálisis* en 1945, cuando no triunfaron sus tesis frente a las de Melanie Klein (*las ideas de Klein y las conocidas «Controversias» con Anna Freud, serán de nuevo abordadas en el Capítulo 6*). Glover, principalmente conocido por su manejo técnico de la cura analítica, utilizaba el humor y el lenguaje, acabó actuando como un iconoclasta que criticaba abiertamente tanto las posiciones de los kleinianos como de los ortodoxos, y derivó su interés hacia el tratamiento de delincuentes y toxicómanos.

4.3. La expansión del psicoanálisis en Norteamérica

El psicoanálisis se introduce en EEUU a partir de las conferencias que Freud imparte en la *Clark University* (1909). Mantenido por las actividades de Ernest Jones, el psicoanálisis va a alcanzar un notable florecimiento que se plasmará en el desarrollo de varias tendencias, de entre las que destacan las que se revisarán en el siguiente capítulo. El denominador común de las escuelas psicoanalíticas norteamericanas es un mayor énfasis en el papel de los factores sociales, acercando al psicoanálisis a

posiciones más psicológicas y psico-sociales. Otros autores como René A. Spitz y Erik H. Erikson (véase *Capítulo 5*), permanecerán más cercanos a las posiciones ortodoxas europeas.

Todas las principales figuras que desarrollarán el psicoanálisis en Norteamérica provienen de Europa: Sandor Rado irá a la *Sociedad Psicoanalítica de Nueva York*, Hanns Sachs a Boston, Franz Alexander y Karen Horney a Chicago, Robert Waelder a Filadelfia, Ernst Simmel y Otto Fenichel a Los Angeles, y en la última oleada de pioneros están Heinz Hartmann, Ernst Kris, Herman Nunberg y Rudolf Loewenstein que recalcan en Nueva York (véase *Capítulo 5*).

En el panorama de los inicios del psicoanálisis en Norteamérica se hace necesario destacar la figura de Franz Alexander (1891-1964), fundador en 1931 del *Instituto de Psicoanálisis de Chicago*, del que será su director durante 25 años. Alexander proviene del *Instituto Psicoanalítico de Berlín* (1919) junto a Abraham. La principal contribución de Alexander radica en haber iniciado la delimitación de una psicoterapia psicoanalítica, principalmente breve, como una derivación del psicoanálisis y no como alternativa a él. El concepto de **experiencia emocional correctora** que Alexander acuña para identificar la esencia de la psicoterapia es una matización de la transferencia, que en la psicoterapia se daría, en su opinión, con menor intensidad. Alexander propone que desde la contra-transferencia se configure un entorno emocional que sea corrector del entorno originario del paciente. Una de las principales consecuencias serán tratamientos más cortos y activos, aunque Alexander será siempre respetuoso con la técnica ortodoxa. Pero no elude marcar otra dirección: sesenta sesiones regulares de psicoterapia como máximo; interrupciones estratégicas del tratamiento para evitar la rutina y no favorecer el vínculo afectivo de dependencia; indicación de actividades sociales extra-terapéuticas a llevar a cabo en la vida real, para provocar transferencias laterales y favorecer la adaptación. La finalidad del tratamiento es, en palabras de Alexander:

«... hacer que el enfermo tome confianza en sí mismo ejerciendo una presión constante pero no excesiva, bloqueando su huida neurótica hacia la imaginación y el pasado, y empujándole hacia (el afrontamiento) las dificultades reales de su situación en la vida ordinaria» (Alexander y French, 1965; p. 40)

Alexander ha destacado también por sus contribuciones a la psicósomática fundando junto a otros la revista *Psychosomatic Medicine* (1939). Y junto a Sandor Rado, Martin Grotjahn y Nathan Ackerman, participó en la formación de la *Academy of Psychoanalysis* (Chicago, 1956), que fue

propiciada por Karen Horney, Clara Thompson y otros miembros que habían dejado el Instituto Psicoanalítico de Nueva York, para formar la *Association for the Advancement of Psychoanalysis*. Harry Stack Sullivan y Erich Fromm apoyaron la creación de la *Academia*. Este nexo le ha valido a Alexander ser a veces incluido entre los culturalistas, aunque tanto en él como en Grotjahn, Ackerman o Sullivan podemos encontrar un acentuado interés por las aplicaciones del psicoanálisis en una dirección más social (psicoterapia breve, terapia de familia, terapia interpersonal) pero en una dirección distinta a la de Horney y Fromm.

Entre los discípulos de Alexander destacan Thomas French, Frieda Fromm-Reichmann, Thérèse Benedek, e incluso Michael Balint. De entre ellos quien mayores repercusiones tiene para el desarrollo de la técnica de la psicoterapia es Frieda Fromm-Reichman, cuyas obras (1950) han influido notablemente en la psicoterapia contemporánea, sobre todo por sus aplicaciones al tratamiento de las psicosis (maníaco-depresiva y esquizofrénica principalmente).

Los culturalistas

Dentro del psicoanálisis ortodoxo también destacan algunos autores que se han interesado por el acercamiento a la cultura y a lo social. Sus principales representantes son Erich Fromm y Karen Horney, ambos procedentes de Alemania, de donde emigran para escapar a la persecución nazi. Tanto Fromm como Horney están profundamente influidos por etnólogos y antropólogos como B. Malinowski, Ruth Benedict, Margaret Mead, o psicólogos sociales como Kardiner, y a su vez influirán a Sullivan y Erikson (véase Capítulo 5).

Erich Fromm (1900-1980), hijo de una familia de judíos alemanes ortodoxos entrará en contacto con el psicoanálisis en 1922. Se analizó con Hans Sachs y Theodor Reik. Más tarde, en Francfort, junto con Adorno, Marcuse y Horkheimer, se acercará a la izquierda freudiana, y se dedicará principalmente a aplicar el psicoanálisis y una cierta perspectiva socialista (entre el marxismo y el socialismo utópico) a una revisión crítica de la sociedad, la religión, la historia y la cultura. Todo ello se plasmará en un buen número de obras (Fromm, 1947, 1953, 1956, 1960, 1964a, 1964b, 1966, 1967, 1970, 1971, entre otras) así como en el desarrollo de una revisión crítica de corte ético sobre la praxis psicoanalítica. En Fromm lo singular del terapeuta será la toma de posición ética frente a los conflictos individuo-sociedad, así como frente a los conflictos internos de la sociedad. Una posición que, subraya Fromm, no puede ser neutral. Lo *bueno* es la promoción de la vida; lo *mal*o, su destrucción. Hay en Fromm un

cierto espíritu rousseauniano, con la variante de escoger como principal plano de acción la sociedad y no el individuo. Fromm definirá la salud mental como la adaptación de la sociedad a las necesidades del hombre. Y por ello la psicoterapia deberá ayudar a distinguir la autoridad racional y la irracional, orientando a las personas a utilizar su potencial interno. Esta posición conduce más a una concepción profiláctica que terapéutica. Efectivamente, las contribuciones teóricas de Erich Fromm han tenido escasas repercusiones para la psicoterapia, aunque algunos humanistas, principalmente a través de su núcleo de seguidores en México, se han inspirado en sus obras para desarrollar una práctica de corte humanista - existencial - cultural (véase p. ej., Rosal Cortés, 1987). Su vida y obra han sido objeto de una excelente revisión (Basabe, 1983).

Karen Horney (1885-1952), nacida en Eilbeck, cerca de Hamburgo, estudió medicina en Friburgo apoyada por su madre en contra de su padre. Se instaló en Berlín en 1909, y entró en análisis con Abraham, quien le aplicó la teoría clásica de la *envidia del pene*, lo que motivó una aguda reacción en Horney que inició ahí su preocupación por revisar la teoría freudiana de la sexualidad femenina. Más tarde hizo análisis didáctico con Hans Sachs, y fue la primera mujer didacta del *Instituto Psicoanalítico de Berlín*, donde permanecerá hasta 1932, año en el que emigra a EEUU desarrollando una práctica psicoanalítica de línea ortodoxa. Allí iniciará desarrollos teóricos por los que cuestionará la etiología sexual de las neurosis para sustituirla por la angustia despertada por los conflictos de la necesidad de seguridad del individuo en su relación con el medio social. Para Horney el niño se encuentra en un estado de dependencia fundamental (**ansiedad de base**) respecto de un mundo hostil y todopoderoso, en el que los padres jugarán un papel fundamental en la resolución de esta ansiedad, bien facilitando su afrontamiento (maduración), bien fomentando la dependencia (origen de la neurosis). La obra de Horney discurrirá entre el psicoanálisis aplicado a la cultura (*La personalidad neurótica de nuestro tiempo* [1937]) y ciertos desarrollos técnicos que se sitúan en el contexto de la Psicología del Yo (Horney, 1939, 1943), con especial interés hacia una psicología de la mujer (Horney, 1977).

Horney concibe la neurosis en el adulto como la reacción a un conflicto de valores entre el individuo y el entorno, y desarrolló una perspectiva de tratamiento muy interesada en el análisis del conflicto actual tal como se da, prestando menos atención a los determinantes remotos. Rendon (1985) ha elaborado recientemente una lectura del pensamiento de Karen Horney en la que destaca los nexos que se dan entre su modelo y la actual reinterpretación cognitiva del psicoanálisis. Asimismo, Quinn (1987) ha aportado una excelente biografía y revisión de su obra.

Forzada en 1941 a abandonar la IPA por las rivalidades de sus colegas norteamericanos, fundará la *Asociación para el Desarrollo del Psicoanálisis*, donde tendrán cabida psicoanalistas de diferentes orientaciones, pero que principalmente será la sede de los culturalistas, como Harry Stack Sullivan (véase *Capítulo 5*), Margaret Mead, Abraham Kardiner, Clara Thompson, y el ya mencionado Erich Fromm. En esta tradición se abrirán paso tanto los puntos de vista interpersonales como la futura psicología del Self, que serán revisados en el próximo capítulo.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El psicoanálisis actual es tributario de un largo recorrido de propuestas, a veces atrevidas, en ocasiones muy especulativas, pero también de valiosísimas observaciones clínicas y agudas intuiciones. En ese recorrido tienen un especial lugar los pioneros que con Freud labran la difusión del movimiento, pero también los que discrepan del maestro, o tienen la osadía de discutir sus puntos de vista. Unos y otros hacen del psicoanálisis un movimiento vivo, que precisamente mantiene su vigencia porque a pesar de las adhesiones ortodoxas, la censura de las opiniones discrepantes y la expulsión de los autores molestos, acaba por recoger de una forma u otra todas las propuestas que hayan su respaldo. Por ello, la obra de Sándor Ferenczi es hoy objeto de estudio y revisión constante y algunas ideas de Rank recuperadas de facto por autores contemporáneos, así como parte de los cuestionamientos sociales que Reich hacía al psicoanálisis encontraron su lugar en diferentes escuelas psicoanalíticas. Mientras Fromm se convertía en un altavoz para el diálogo entre diferentes culturas y sociedades, finalmente han podido convivir dentro del psicoanálisis, como fuente de ideas y debate, posiciones tan diferentes como las de Anna Freud y Melanie Klein. Por su parte, Karen Horney abrió la puerta a una nueva visión de la psicología femenina e, incluso en el entorno de las grandes disidencias, han podido encontrarse puentes de diálogo entre el análisis jungiano y algunos de los innovadores del psicoanálisis que estudiaremos en el capítulo 7.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA Y LECTURAS RECOMENDADAS

BASABE, J. (1983). *Síntesis del pensamiento de Fromm* (2.^a ed. revisada). Barcelona: Hogar del Libro. [Trabajo original de 1974].

Oportunidad de entrar en contacto con el psicoanálisis culturalista, a través de una excelente revisión de su obra y pensamiento.

FREUD, A. (1984). *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires: Paidós.

Nos interesa especialmente el capítulo 2 titulado «Las relaciones entre el análisis de niños y el de adultos. Los principios terapéuticos». Este libro es una referencia ya clásica y obligada para el terapeuta psicodinámico de niños.

HORNEY, K. (1977). *Psicología femenina*. Madrid: Alianza Editorial. [Trabajo original de 1967: *Feminine Psychology* (Compilación de H. Kelman). Nueva York: W. W. Norton].

Merece la pena que el alumno conozca de primera mano las aportaciones de Horney, líder de la reconsideración de la teoría freudiana de la feminidad, en esta obra donde aporta interesantes reflexiones y análisis sociopsicológicos y psicoanalíticos.

JIMÉNEZ AVELLO, J. (con A. GENOVÉS) (1998). *Para leer a Ferenczi*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Principal obra en castellano sobre el pensamiento y obra de Ferenczi, una lectura obligada para los interesados en este autor clave.

ROBERTSON, R. (2002). *Introducción a la Psicología Junguiana. Una guía para principiantes*. Barcelona: Obelisco. [Trabajo original de 1992: *Beginner's guide to Jungian Psychology*. Cork Beach, Maine: Nicolas Hays inc.].

Una obra sencilla y bien documentada para acceder a las concepciones de Jung.

ACTIVIDADES

1. A continuación presentamos parte de un texto escrito por Ferenczi a partir del cual debe *a)* situar el periodo técnico al que corresponde; *b)* ¿Durante este periodo se aleja Ferenczi de los planteamientos teóricos y técnicos planteados por Freud?, y *c)* buscar similitudes con los recursos técnicos de las actuales corrientes cognitivo-conductuales.

«En un caso de prurito anal neurótico casi insoportable y seguido de onanismo anal y rectal incoercible, el síntoma persistía a pesar de una investigación interminable del material asociativo. Fue preciso que una retención fecal voluntaria bastante prolongada y la sensación de tensión que la acompañaba suprimieran el carácter de órgano placentero inconsciente del intestino para que la tendencia a desplazar el erotismo sobre los órganos genitales apareciera claramente» (Ferenczi, 1925).

2. Elabore un Comentario de Texto sobre el siguiente trabajo de Ferenczi, incluido en sus obras completas:

FERENCZI, S. (1928). Elasticidad de la técnica psicoanalítica, en *Obras completas de Sándor Ferenczi* (Tomo III). Madrid: Espasa-Calpe, 1984.

3. Elabore un Comentario de Texto sobre el capítulo IV de la obra más importante de Wilhem Reich, donde se perfilan las características del análisis del carácter:

REICH, W. (1965). *Análisis del carácter*. Buenos Aires: Paidós [Trabajo original de 1933]. (epígrafe)

4. Elabore un Comentario de Textos sobre el capítulo 4: *Metas de la psicoterapia* de la siguiente obra de C. G. Jung:

JUNG, C. G. (1995c). La práctica de la psicoterapia. En *Obra Completa*. Vol. 16. Madrid: Editorial Trotta, 2000. [Trabajo original de 1958: «Praxis der Psychotherapie», en *Ges. Werke*, VI, Zurich y Stuttgart]

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

1. Entre otros motivos, Ferenczi dirige sus investigaciones en la *técnica activa* con la finalidad de:
 - a) Mejorar la técnica existente para los casos de histeria.
 - b) Superar las situaciones de impasse en el proceso analítico.
 - c) Satisfacer las necesidades inmediatas del paciente.
2. El principal objetivo que persigue Ferenczi en el descrito como periodo de relajación y neocatarsis es:
 - a) Facilitar la regresión del paciente y la aparición de episodios de neocatarsis.
 - b) Facilitar la neocatarsis como forma de incorporación temporal del Super-yo del analista.
 - c) Ayudar al paciente a remodelar su aparato psíquico.
3. La teoría de la inferioridad orgánica de Adler presupone:
 - a) Un replanteamiento orgánico de los periodos evolutivos descritos por Freud.
 - b) Un énfasis sobre los órganos sexuales como punto de partida de la formación de la personalidad del individuo.
 - c) Una teoría que da cuenta de los sustratos fisiológicos de la predisposición a la neurosis.
4. Cuáles de los siguientes términos fueron introducidos por Jung:
 - a) Arquetipo, animus, anima, inconsciente colectivo y sombra.
 - b) Arquetipo, animus, anima, sublimación y catexia.
 - c) Arquetipo, animus, anima, inconsciente colectivo y catarsis.
5. Rank concibe la neurosis como:
 - a) Una enfermedad propia de su tiempo.
 - b) Un fracaso de la capacidad de creatividad del paciente.
 - c) Un fracaso de la capacidad del paciente para superar la ansiedad primaria.
6. Uno de los puntos de divergencia entre Anna Freud y Melanie Klein hace referencia:
 - a) A que la primera defendía el análisis estandar para trabajar con niños.
 - b) A que la segunda defendía el análisis adleriano para trabajar con niños.

- c) A que la primera tenía una visión del análisis con niños más pedagógica que la segunda.
- 7. La principal contribución de Alexander radica en:
 - a) Delimitar la psicoterapia breve como una derivación del psicoanálisis.
 - b) Delimitar la psicoterapia breve.
 - c) Delimitar la psicoterapia breve como una alternativa al psicoanálisis.

RESPUESTAS CORRECTAS

1. *b)* 2. *a)* 3. *c)* 4. *a)* 5. *b)* 6. *c)* 7. *a)*

Capítulo 5

La Psicología del Yo. El Psicoanálisis interpersonal. Las psicologías de la Identidad y del Sí mismo

*Alejandro Ávila Espada, Jesús R. Herrero Sánchez
y Elena Felipe Castaño*

Guión-Esquema

Objetivos

1. Introducción
2. La Psicología del Yo
 - 2.1. Antecedentes y etapas de la Psicología del Yo
 - 2.2. Aspectos teóricos
 - 2.3. Aspectos técnicos
3. El Psicoanálisis Interpersonal: H.S. Sullivan
 - 3.1. Aspectos teóricos
 - 3.2. Aspectos técnicos
4. La psicología de la Identidad: E. H. Erikson
 - 4.1. Aspectos teóricos
 - 4.2. Aspectos técnicos
5. La Psicología del Sí mismo: H. Kohut
 - 5.1. Introducción
 - 5.2. Aspectos teóricos
 - 5.3. Aspectos técnicos

Resumen y conclusiones

Bibliografía básica y Lecturas recomendadas

Actividades

Ejercicios de autoevaluación

Palabras clave

Psicología del Yo; Psicoanálisis Interpersonal; Identidad; Psicología del Self; H. Hartmann; H.S. Sullivan; E. Erikson; H. Kohut

GUIÓN-ESQUEMA

Este capítulo expone, en primer lugar, una de las tradiciones psicoanalíticas postfreudianas más importantes: la Psicología del Yo, cuyo desarrollo tiene lugar principalmente en Norteamérica. Su punto de partida es el modelo estructural de Freud, que enfatiza las funciones del Yo en detrimento de las estructuras del Ello y el Super-yo. Heinz Hartmann, influido por Anna Freud, y respetando la ortodoxia freudiana, concibe al Yo como una estructura primaria y autónoma, surgida de una matriz común de la que procede, tanto el Yo, como el Ello. Sugiere un Yo en dos partes funcionales: una, no consciente, que es depositaria de los conflictos, y una parte plenamente consciente que permanece libre de conflictos. Seguidamente se describen los **mecanismos de defensa**, o medios de protección del Yo contra el flujo excesivo de energía pulsional, que permiten al sujeto una mejor adaptación a la realidad.

Los dos autores que se estudian a continuación, Sullivan y Erikson, están vinculados con la tradición psicoanalítica del yo, pero teñida de una fuerte connotación cultural, social e interpersonal. Los aspectos compartidos de la perspectiva que representan estos dos autores son:

- Énfasis en las experiencias psicosociales e interpersonales como determinantes de la organización psíquica.
- Concepción del yo como una estructura psíquica separada de los instintos y con capacidad para aprender y actuar.
- El desarrollo de la personalidad se entiende en términos de introyección de experiencias psicosociales.
- Se interesan por el desarrollo normal a lo largo de la vida y por la salud psicológica.
- La psicopatología se entiende en términos de tareas de desarrollo inconclusas y patrones de relaciones interpersonales destructivas.

Esta línea de pensamiento se conoce como Psicoanálisis Interpersonal, cuya influencia, renovada y transformada en los puntos de vista relacionales e intersubjetivos, llega hasta nuestros días. Las *relaciones interpersonales* constituyen el núcleo del psicoanálisis interpersonal de Sullivan, de tal manera que todo lo que la personalidad del individuo ha sido, es o será, proviene de las conexiones interpersonales realizadas durante su vida. Sullivan considera que hasta las actividades mentales fundamentalmente psicológicas, como imaginar, percibir, recordar y pensar, están implicadas en las relaciones interpersonales. Por tanto, todo lo que hace el sujeto es resultado del orden social en que vive (Sullivan, 1959b). El supuesto fundamental de Sullivan es que el hombre llega al nacer a un mundo de tensiones y pronto aprende a adaptarse a las condiciones de tal existencia. Al irse desarrollando, aprende mediante los dinamis-

mos (cualquier acto, actitud o sentimiento recurrente y habitual de una persona hacia uno o más individuos) a reducir las tensiones de la vida, usando para ello el **sistema del yo** (sistema de protección contra la tensión, para hacer las cosas de acuerdo a la conformidad establecida), las personificaciones (las imágenes de uno mismo y de los otros que la persona lleva en su mente y con las que espera protegerse de la ansiedad), las dramatizaciones (experiencias interpersonales), y las experiencias cognoscitivas (procesos mentales conscientes). Por otra parte, bajo la influencia del enfoque interpersonal propugnado por Sullivan, éste mostró un gran interés en la observación de lo que ocurre entre el paciente y el terapeuta en el transcurso de la sesión terapéutica. Las aportaciones teóricas más importantes de Sullivan son: La concepción interpersonal de la psicopatología y del concepto de personalidad, el sistema del Yo, los modos de experiencia, la teoría de la angustia, y la teoría sobre la evolución de la personalidad.

Erik Erikson aporta una perspectiva singular, principalmente con la formulación de las etapas del ciclo vital, y su teoría de la **crisis de identidad**. Para el ciclo vital describe las siguientes etapas, analizando sus fenómenos característicos: Confianza básica vs. Desconfianza básica; Autonomía vs. **Vergüenza** y duda; Iniciativa vs. Culpa; Industria vs. Inferioridad; Identidad vs. Confusión de rol; Intimidad vs. Aislamiento; Generatividad vs. Estancamiento; Integridad del yo vs. Desesperación.

Seguidamente nos ocupamos de un desarrollo posterior del psicoanálisis que ha tenido especial impacto en nuevas corrientes contemporáneas. Se trata de la Psicología del Sí mismo (Self), que en torno a Heinz Kohut como líder conceptual, reformula el papel del **narcisismo** en el desarrollo, la psicopatología y hace accesible al tratamiento estas estructuras, introduciendo el concepto de Objeto Sí Mismo, dándole un papel central a la **empatía** y delimitando tres tipos de transferencia en el paciente narcisista: de reflexión, idealizadora y recíproca.

OBJETIVOS

Al finalizar el estudio de este capítulo, el lector/a debería ser capaz de:

1. Identificar los conceptos y autores fundamentales de la Psicología del Yo, concretando qué aportan o en qué desarrollan el precedente modelo freudiano. Clarificar las aportaciones diferenciales de Hartmann, Kris y Loewenstein.
2. Situar la influencia de H.S. Sullivan, tanto en su época, como en la posterior evolución del psicoanálisis.
3. Entender los presupuestos teóricos del enfoque interpersonal, clarificando sus puntos de vista sobre estructura y desarrollo de la personalidad, y sobre cómo se origina la psicopatología desde el punto de vista de este modelo.
4. Describir las etapas del ciclo vital según E. Erikson y, en especial, cómo surge la crisis de identidad y cómo se interviene en ella.
5. Distinguir la Psicología del Self de la Psicología del Yo, planteando qué nuevos conceptos teóricos y clínicos aporta de la Psicología del Self, así como para qué problemas clínicos tiene especial relevancia, situando en ello la figura de H. Kohut.

1. INTRODUCCIÓN

La segunda tópica freudiana, el modelo estructural del aparato psíquico (véase *Capítulo 3*), aportó un modelo teórico general para describir el funcionamiento del sujeto, tanto normal como patológico. El estudio sistemático del Yo se inició con Freud en su trabajo de 1914 sobre el narcisismo, continuándolo en los años veinte cuando apareció su principal trabajo sobre el yo: «El yo y el ello» (1923). Es aquí donde Freud propuso por primera vez su teoría estructural, y donde el yo queda descrito como la parte de la personalidad que trata con la realidad, tanto interna como externa. A raíz de esta descripción, Freud sienta las bases de las funciones del yo, que serán retomadas y estudiadas en profundidad por la corriente psicoanalítica que adquirió esa denominación: *Psicología del Yo*. Sus conceptos y autores principales se describen a continuación, pero también se sentaron las bases de los autores que desarrollarían una concepción interpersonal (a partir de Sullivan), donde la realidad de las relaciones es considerada constitutiva, y más tarde hará posible la construcción de una Psicología del Sí mismo (Self). Todos estos aspectos serán abordados en el presente capítulo.

2. LA PSICOLOGÍA DEL YO

Heinz Hartmann, Ernst Kris y Rudolph Loewenstein suelen ser citados como los autores más representativos de la Psicología del Yo.

Heinz Hartmann (1894-1970), vienés aconfesional, nieto de Chrobak, el ginecólogo que puso a Freud en la pista de la etiología sexual de la histeria, así como cercano a los Freud y a Breuer, se analizó con Sándor Rado en Berlín, tras ser nombrado su padre embajador en esta ciudad. Regresa a Viena en 1925 y se integra en la *Sociedad Psicoanalítica de Viena*. Realiza un segundo análisis con Freud, quien lo consideraba uno de sus mejores alumnos de la joven generación. A partir de 1937 empren-

dió la revisión de la segunda tópica freudiana, lo que le llevaría a la *Psicología del Yo*. En 1938 se ve implicado en París en las controversias por la elección de Lacan como miembro titular de la *Sociedad Psicoanalítica de París*; se inicia así una enemistad duradera. En 1939 huye a Suiza y luego a Nueva York, donde se convertirá en el principal representante de la ortodoxia freudiana, creando con Anna Freud y Ernst Kris la revista *Psychoanalytic Study of the Child*, donde se difundirían las ideas de Anna Freud sobre el análisis de niños, y René Spitz publicaría sus trabajos más importantes. Hartmann fue director del Instituto de Nueva York entre 1948-1951, presidente de la *Sociedad Psicoanalítica de Nueva York* entre 1952-1954 y de la IPA entre 1953-1959.

Para el desarrollo de sus aportaciones, se apoyará en las formulaciones de Freud sobre la segunda tópica o modelo estructural del aparato psíquico (Ello-Yo-Super-yo), y los posteriores desarrollos que sobre el Yo y los mecanismos de defensa formuló su coetánea Anna Freud (1973). Hartmann defendía un Yo compuesto de aspectos conflictivos y no conflictivos, en el que el proceso de adaptación juega un papel fundamental. A pesar de los desarrollos teóricos, seguía un modelo extremadamente clásico de la *cura analítica* que motivó las fuertes críticas que Heinz Kohut le dirigió más tarde.

Ernst Kris (1900-1957), vienés, realizó estudios de filosofía. Estuvo siempre muy implicado en las cuestiones del arte y formó parte del círculo íntimo de la familia Freud. Se analizó con Helen Deutsch en el *Instituto Psicoanalítico de Viena* entre 1924 y 1927, y simultaneó su actividad como analista con la de responsable de la sección de joyas y piedras preciosas del Museo de Viena. En 1932 escribió una obra sobre la personificación del carácter en la fisiognomía escultórica, y después, con Ernst Gombrich, sobre la caricatura (Kris y Gombrich, 1938, 1940). Huyendo del nazismo emigró a Londres y después a Nueva York en 1940, donde se incorporó a la *Sociedad Psicoanalítica de Nueva York*. Fue uno de los difusores más sutiles de la nueva concepción de las operaciones del Yo, que hizo patente a través de la descripción del análisis de un caso (Kris, 1951) que, habiendo sido analizado según la estrategia analítica tradicional, progresó sensiblemente cuando el análisis se reorientó hacia las operaciones defensivas del Yo. No obstante, la mayor originalidad de Kris se mostró en el psicoanálisis aplicado al arte (Kris, 1964).

Rudolph Loewenstein (1898-1976), colaborador de los anteriores, fue uno de los autores que ejerció más influencia en Europa a través de los numerosos análisis didácticos que condujo en Francia. Procedía de una familia judía polaca que emigra a Zurich y luego a Berlín. Se analizó con Hans Sachs y, por mediación de Marie Bonaparte, obtuvo la ciuda-

danía francesa en 1925, instalándose en París. En esta ciudad participará en la fundación del grupo *L'Évolution Psychiatrique* y en la *Sociedad Psicoanalítica de París*, donde será el representante de la corriente ortodoxa, así como autor de distintos trabajos sobre la técnica psicoanalítica (1928, 1930-31, 1951). En 1939 huye a Suiza. Allí se encuentra con Heinz Hartmann en la casa de Ferdinand de Saussure; ambos autores se incorporan a la *Sociedad Psicoanalítica de Nueva York* en 1942, donde Loewenstein será responsable de formación y luego presidente entre 1959-1961. Después de haber ejercido la presidencia la *Asociación Psicoanalítica Americana* entre 1957-1958, su influencia se hace notar en la difusión de la nueva Psicología del Yo, así como en la producción de una conocida obra sobre el antisemitismo (1952).

Hartmann fue el líder de esta nueva concepción del psicoanálisis, pero será a la vez el principal representante de la ortodoxia freudiana en EEUU hasta su muerte en 1970. No sólo afrontó con convicción la ruptura con los psicoanalistas llamados «culturalistas» e «interpersonales» (Fromm; Sullivan, véase a continuación), cuyo momento álgido se dio en 1956, sino que en ese mismo año reorganizó la Asociación Psicoanalítica Americana, que a partir de ese momento exigirá para la admisión de sus miembros la plena adhesión a los principios freudianos. Esta dialéctica entre adhesión ortodoxa a los principios freudianos y ruptura innovadora ha marcado siempre la historia del movimiento psicoanalítico. Se pueden considerar vinculados a esta tradición de la Psicología del Yo a dos relevantes psicoanalistas que se centraron en elaborar una *Psicología del Yo evolutiva*: René Spitz (1887-1974), muy conocido por sus observaciones sobre el primer año de vida del niño (Spitz, 1965; 1972) y Margaret Mahler (1897-1985) por su teoría del proceso de individuación-separación y el estudio de la psicosis infantil (Mahler, 1968; Mahler et al, 1977). También cabe mencionar a Edith Jacobson (1897-1978), precursora de la Psicología del Self (Jacobson, 1969).

2.1. Antecedentes y etapas de la Psicología del Yo

A pesar de su adhesión formal a la ortodoxia freudiana, la Psicología del Yo se centró, más en la realidad externa y en los procesos de adaptación del sujeto, que en aspectos claves del psicoanálisis, como la dinámica del deseo y la fantasía. De hecho, de este pensamiento, en consonancia con el ambientalismo de figuras como K. Horney, H. S. Sullivan o E. Fromm (García de la Hoz, 2000), partió décadas más tarde, una crítica explícita a la posición instintivista o pulsional clásica freudiana. Aunque los representantes máximos de esta tendencia, con Anna Freud (capacidades defen-

sivas), son los ya mencionados Hartmann, Kris y Loewenstein (estudio del concepto, defensas y funciones del yo), esta perspectiva ha influido también a autores como H.S. Sullivan (psicoanálisis interpersonal) y E. Erikson (concepto de identidad), entre otros. Otra figura que contribuye a este nuevo enfoque fue David Rapaport (1967), quien describió cuatro etapas en el desarrollo teórico de la psicología del Yo. Una *primera etapa*, hacia 1897, en la que Freud habla de un Yo como proceso fisiológico en torno al concepto de activación y defensa. Son años en que Freud prestó poca atención al Yo, considerándolo una instancia psíquica que juega un papel defensivo secundario o mediador. Una *segunda etapa*, en la que Freud (1923) teorizó el Yo como una entidad estructural y organización central del psiquismo. Se trató de la integración de una teoría del funcionamiento mental definido en términos de resistencia y defensa, en la que dio mayor cabida a procesos psicológicos puros; es decir, habló de un Yo con una parte consciente y una parte inconsciente. La *tercera etapa* coincide con la publicación en 1936 de «El Yo y los mecanismos de defensa» de Anna Freud, obra que fue la primera sistematización importante de la teoría de las defensas. Y la que Rapaport denomina *cuarta etapa* (de consolidación) es la que se ha conocido posteriormente como *Psicología del Yo*, escuela en la que, a partir de los años 40, se han realizado abundantes contribuciones teóricas que desarrollan las posiciones freudianas desde los conceptos de Narcisismo y adaptación (1914c).

2.2. Aspectos teóricos

2.2.1. El concepto de autonomía del Yo

La principal aportación la efectuó Hartmann en 1939, quien concibió el Yo como una estructura primaria y autónoma, surgida de una matriz común de la que procede, tanto el Yo, como el Ello. Sugiere un Yo en dos partes funcionales: una, que es depositaria de los conflictos y no pertenece a lo consciente y otra, plenamente consciente, que permanece libre de conflictos.

Esta distinción le permite establecer qué tipo de defensas son las que tienen que ser modificadas (las empleadas por el *Yo depositario de los conflictos*), mientras que aquellas que emplea el *Yo libre de conflicto*, son adaptativas e independientes del Ello. La importancia de esta distinción estriba en que son los patrones defensivos de las personas los mecanismos reguladores del sistema de la personalidad, desde la percepción hasta las relaciones interpersonales. Algunas de estas defensas están al servicio del conflicto inconsciente, pero otras lo están al servicio del proceso de adaptación.

En la **zona libre de conflicto** se sitúan las principales funciones psicológicas que el sujeto utiliza en su vida: el pensamiento, el lenguaje, la memoria, etc., procesos en los que la influencia del inconsciente es mínima y que Hartmann (1969) denomina área de *autonomía primaria*. Igualmente, habría una *autonomía secundaria* que se refiere a aquellas funciones yoicas que en un cierto momento estuvieron dependiendo de las pulsiones del ello, pero que han perdido con el tiempo su contacto con ellas. Finalmente, es en la **zona depositaria de los conflictos** donde los procesos emocionales se dejan sentir con más fuerza.

2.2.2. *La adaptación del sujeto a la realidad*

Loewenstein (1951) describe 2 formas en las que el sujeto efectúa su adaptación a la realidad: *aloplastia*, en la que el sujeto modifica la realidad inmediata de acuerdo con sus propias necesidades (p. ej., la proyección); y *autoplastia*, en la que el sujeto se modifica a sí mismo para lograr la adaptación (p. ej., la represión). A estas dos formas los «culturalistas» (entre ellos E. Fromm) añadirán una tercera: el sujeto ensaya un *cambio cultural* que le permite un desarrollo personal más completo.

2.2.3. *Los Mecanismos de Defensa del Yo*

Las defensas son los medios de protección del Yo contra el flujo excesivo de energía pulsional, que permiten al sujeto una mejor adaptación a la realidad, si bien inconsciente en la mayoría de las ocasiones. Propuestos inicialmente por Sigmund Freud (1925), cobraron especial relevancia con su hija, Anna Freud (1973) que estableció en 1936 la primera clasificación sistemática de los *mecanismos de defensa del Yo*, al servicio de las restricciones pulsionales y de la adaptación externa. Para Anna Freud, la anulación de las defensas constituye el objetivo último del análisis, ya que la ampliación de la conciencia capacita al Yo para gobernar al Ello. Las defensas, por tanto, actúan contra el saber de la conciencia. Además, la información proporcionada por las defensas, es decir, en qué medida utiliza el sujeto unas determinadas defensas, nos permite hacer inferencias en el diagnóstico de las patologías del sujeto.

Los mecanismos de defensa según la psicología del Yo

Los mecanismos de defensa según la psicología del Yo pueden ser clasificados desde el punto de vista clínico según 4 criterios (Hartmann, Kris y Loewenstein, 1946, 1949): **narcisistas, inmaduros, neuróticos y maduros** (Véase también en el capítulo 3 el recuadro «Los mecanismos de defensa en los escritos freudianos»).

Las *defensas narcisistas*, se activan como primeros mecanismos defensivos al inicio del desarrollo psicológico, de forma que protegen el narcisismo primario en el sujeto. Son principalmente tres defensas:

- **Proyección:** El individuo atribuye incorrectamente a los demás sentimientos, impulsos o pensamientos propios que le resultan inaceptables.
- **Negación:** El individuo se niega a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa, o de las experiencias subjetivas, que son manifiestos para los demás.
- **Distorsión:** Atribuye cualidades exageradamente negativas a sí mismo o a los demás.

Las *defensas inmaduras*, son nuevas defensas o estadios de la utilización de las defensas narcisistas, donde empieza a haber un repertorio más variado y desadaptativo.

- **Conducta impulsiva** (*Acting out*): El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo, a través de la acción, más que a través de reflexiones o sentimientos.
- **Bloqueo:** Inhibición transitoria de la acción o lenguaje
- **Regresión:** Despliegue de comportamientos típicos de etapas anteriores
- **Hipocondriasis:** Despliegue de fantasías sobre enfermedades, sin base real
- **Fantasía esquizoide:** fantasías excesivas que sustituyen la búsqueda de relaciones interpersonales, la acción más eficaz o la resolución de los problemas.
- **Introyección:** También llamado identificación proyectiva, el individuo es consciente de sus afectos o impulsos, pero los interpreta incorrectamente al considerarlos reacciones justificables frente a otras personas.
- **Somatización:** expresión a través de una respuesta somática, fisiológica, disfuncional.
- **Conducta pasivo agresiva:** El individuo muestra agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva. Existe una máscara externa de abierta sumisión a los demás, detrás de la que, en realidad, se esconde resistencia, resentimiento y hostilidad encubiertos.

Las *defensas neuróticas* son características del sujeto con un funcionamiento insuficiente del Self. Permanecen en este sujeto encerrados residuos de la utilización de las defensas anteriores.

- **Control:** Esfuerzo racional de control de un contenido conflictivo.
- **Aislamiento:** El individuo se aparta del componente afectivo asociado a una idea determinada (p. ej., acontecimiento traumático), pero se mantiene apegado a sus elementos cognoscitivos (p. ej., detalles descriptivos).
- **Desplazamiento:** El individuo generaliza un sentimiento o una respuesta de un objeto hacia otro habitualmente menos importante.
- **Racionalización:** El individuo inventa sus propias explicaciones, tranquilizadoras aunque incorrectas, para encubrir las verdaderas motivaciones que rigen sus pensamientos, acciones o sentimientos.
- **Disociación:** Alteración temporal de las funciones de integración de la conciencia, memoria, percepción de uno mismo o del entorno.
- **Formación reactiva:** sustitución de comportamientos, pensamientos o sentimientos que le resultan inaceptables por otros diametralmente opuestos.
- **Exteriorización:** expresión en la conducta manifiesta, principalmente en el lenguaje
- **Represión:** El individuo expulsa de su conciencia, no dándose por enterado cognitivamente de los deseos, pensamientos o experiencias que le causan malestar.
- **Inhibición:** inhibición de comportamientos, sin pérdida de conciencia.
- **Sexualización:** revestir de calidad erótica los contenidos, para huir de los afectos que movilizan
- **Intelectualización:** El individuo generaliza o adopta pensamientos excesivamente abstractos para controlar o minimizar sentimientos que le causan malestar.
- **Somatización:** expresión a través de una respuesta somática, fisiológica.

Las *defensas maduras* son defensas normales, no tienen ese carácter patológico. Es decir, su utilización es normal, funcional y adaptativa. Ahora bien, si esa defensa se emplea de forma generalizada y extensiva frente a una situación es cuando podríamos calificar a dicho comportamiento como neurótico. Las más importantes son:

- **Altruismo:** El individuo se enfrenta a los conflictos emocionales dedicándose a satisfacer las necesidades de los demás.
- **Anticipación:** Experimenta reacciones emocionales antes de que se produzcan, o bien anticipa consecuencias a posibles acontecimientos futuros, considerando de forma realista respuestas o soluciones alternativas.
- **Ascetismo:** Retirada de las situaciones externas que pueden conducir a gozo o satisfacción
- **Humor:** El individuo se enfrenta a los conflictos emocionales haciendo hincapié en los aspectos divertidos o irónicos de los conflictos o situaciones estresantes.
- **Supresión:** El individuo evita intencionadamente pensar en problemas, deseos, sentimientos o experiencias que le producen malestar.
- **Sublimación:** El individuo canaliza sentimientos o impulsos potencialmente desadaptativos en comportamientos socialmente aceptables (p.e., deportes de contacto para canalizar impulsos agresivos, la creación literaria o artística)

2.3. Aspectos técnicos

Los desarrollos técnicos de la psicología del Yo también fueron significativos. David Rapaport en su artículo «La autonomía del Yo» (1951) esboza los principios teóricos que son la base de las formulaciones técnicas de la psicología del yo, en la relación con el proceso de regresión dentro del marco analítico. E. Kris, en sus artículos sobre la caricatura (1938, 1940), introdujo el concepto **regresión al servicio del yo** como mecanismo de defensa siguiendo los planteamientos que Freud da al concepto de «regresión» en su obra «la interpretación de los sueños». E. Kris siguió elaborando esta idea en su obra de 1952 «Exploraciones psicoanalíticas en el arte»: hay una forma de regresión que puede ser promovida, de forma activa, por el Yo, lo que podría permitir al Yo la utilización de estas energías para **catectizar** las representaciones del proceso secundario con ello, el Yo dispondría de energías que de otra forma sólo quedarían al servicio de procesos inconscientes. Es el proceso de la asociación libre dentro de la sesión analítica.

Richard Sterba (1934) centró su interés en el estudio de la disociación del yo en el proceso terapéutico. Planteó que, en el curso del análisis, el yo se disocia en: un yo que participa en la neurosis de transferencia y, en otro, que es capaz de observar lo que sucede en la interacción con el ana-

lista recibiendo las interpretaciones y procesándolas. A pesar de las críticas de que fue objeto esta propuesta, Freud en «Nuevas Conferencias de Introducción al psicoanálisis» (1933) dio validez al concepto de «disociación —operativa— del yo».

Elizabeth Zetzel (1956a) y Ralph Greenson (1978), propusieron el término de **alianza terapéutica** y **alianza de trabajo** (véase Capítulo 9) respectivamente. Para Zetzel, la alianza terapéutica forma parte de la transferencia y corresponde a la parte que permite al paciente colaborar y progresar en el análisis. Greenson, por su parte, diferenció entre neurosis de transferencia y alianza de trabajo. Definió esta última como la relación racional y relativamente no neurótica que tiene el paciente con su analista y, por tanto, como una relación no transferencial (1978). La alianza terapéutica resultaría de la confluencia de diversos elementos, ya sean aportados por el paciente, por su estabilidad yoica, o por el analista.

3. EL PSICOANÁLISIS INTERPERSONAL: H. S. SULLIVAN

Harry Stack Sullivan (1892-1949), psiquiatra norteamericano, fue el fundador de la escuela psicoanalítica conocida como la *teoría interpersonal de la psiquiatría* o *psicoanálisis interpersonal*. Sus contribuciones a la teoría clínica se consideran de gran importancia, llegándosele a considerar como la figura más original de la psiquiatría americana. Se suele subrayar que la teoría freudiana de la pulsión y la teoría interpersonal de Sullivan son los dos modelos conceptuales más significativos para comprender las relaciones de objeto en la teoría psicoanalítica (Greenberg y Mitchell, 1983).

Cuadro 1. Reseña biográfica de H. S. Sullivan (1892-1949)

Nació en Norwich (Nueva York), de padres irlandeses católicos. Se conoce poco de su infancia, pero existe la teoría de que era un niño solitario y con problemas de relación con sus iguales. Inició sus estudios de medicina en el *Chicago College of Medicine and Surgery*, donde se doctoró en 1917. Durante la primera guerra mundial trabajó en el ejército como civil, llegando a ser oficial de enlace en 1922 en la Administración de Veteranos-*Saint Elizabeth Hospital de Washington*. Allí comenzó a desarrollar su interés por los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Este hecho marcaría su futuro como terapeuta e investigador. El *Saint Elizabeth Hospital* era un gran centro psiquiátrico dirigido por William Alanson White, quien había introducido muchos tratamientos nuevos, en especial la aplicación de los



principios psicoanalíticos freudianos al diagnóstico y tratamiento de los pacientes ingresados. En este hospital, además de White y Sullivan, trabajaron otros importantes clínicos como Smith Elly y Jelliffe, Edward J. Kempff y Ernest Hadley, quienes también contribuyeron a convertirlo en un centro dedicado a la reorganización del pensamiento y la práctica psiquiátricos según principios psicoanalíticos y psicológicos. Pronto se reconoció la capacidad de Sullivan para el tratamiento de casos considerados como difíciles. Posteriormente se trasladó al *Sheppard and Enoch Pratt Hospital* cerca de Baltimore. Asistió también a conferencias para el personal en la cercana *Phipps Clinic* de la *John Hopkins University*, y llegó de este modo a conocer a Adolph Meyer y su grupo, particularmente a Clara Thompson. Fue ayudante médico en el *Sheppard* de 1923 a 1925 y más tarde director de investigaciones clínicas, puesto que ejerció hasta 1930. Este cargo le dio la oportunidad para el estudio detallado de los pacientes esquizofrénicos.

Durante gran parte del periodo dedicado a estudiar a los pacientes del *Sheppard*, Sullivan residió en el recinto y puso su vivienda a disposición de todos los que trabajaban con él para analizar problemas clínicos. Estos análisis le llevaron a considerar que las interacciones del paciente con otras personas constituyen un determinante fundamental del resultado de su tratamiento. En 1929 llevó a cabo una experiencia novedosa que consistió en crear una unidad para varones esquizofrénicos jóvenes donde pudiese aplicar sus teorías. Esta experiencia nunca fue analizada de forma sistemática, aun cuando los resultados fueron muy positivos para los pacientes, incluso después de que Sullivan abandonase el hospital.

A partir de 1930, Sullivan dedicó gran parte de sus esfuerzos a la enseñanza y formación de médicos y terapeutas, y a formalizar por escrito sus teorías. En 1933 participó en la creación de la *William Alanson White Foundation*, en 1936 en la fundación de la *Washington School*, y en 1938 de la revista *Psychiatry* de la que fue director. Esta publicación se constituyó rápidamente en órgano fundamental para la transmisión de información sobre las relaciones interpersonales. Durante estos años, Sullivan trabajó con Charles Johnson en la *Fiske University*, y colaboró con Dexter Bullard y su equipo en *Chestnut Lodge Sanitarium*.

Una exposición relativamente completa de sus planteamientos psiquiátricos fue dictada como el primer ciclo de conferencias del *Instituto William Alanson White*. Las generalizaciones a las que llegó basándose en sus observaciones clínicas fueron expuestas en una serie de brillantes análisis clínicos, realizados durante algunos años en *Chestnut Lodge*.

Hasta su prematura muerte desarrolló importantes actividades; ayudó activamente a la creación de la *Federación Mundial para la Salud Mental*, fue miembro consultor de la UNESCO, y en el ámbito de la investigación, con-



tribuyó en forma notable a la iniciación de la investigación del proceso psicoterapéutico mediante la grabación de casos.

El lector interesado en profundizar en la vida de Sullivan puede hacerlo en la biografía escrita por Helen Swick Perry (1982) *Psychiatrist of America: The Life of Harry Stack Sullivan*, considerada como una de las más documentadas y fiables.

Sullivan aportó una perspectiva única sobre la persona, en la que enfatizaba el papel de los acontecimientos interpersonales, iniciando una nueva forma de tratamiento para los problemas psicológicos. Se considera que sobre el pensamiento de Sullivan han ejercido notable influencia, además de Freud, Adolph Meyer, W. A. White, la psicología social norteamericana a partir de Charles Horton Cooley. Los antropólogos Edward Sapir y Ruth Benedict ejercieron también alguna influencia sobre su pensamiento, aunque parece que se ha exagerado su importancia.

3.1. Aspectos teóricos

Sullivan sostiene que la experiencia humana consiste primordialmente en interacciones o transacciones entre las personas, ya sean éstas reales, imaginarias, o bien una mezcla de ambas. Así, la teoría de Sullivan tiende a fusionarse con la psicología social excepto en que pone su objetivo en los problemas relacionados con la psicoterapia. Sullivan rechazó la psicología individual en parte debido a que pensaba que la individualidad no puede entenderse científicamente, ya que ningún individuo puede ser comprendido con independencia de su relación con los demás. Sin embargo, en un contexto sociocultural determinado, sí puede constituir el objeto de la investigación científica lo que una persona posee en común con los demás, tal como se expresa o pone de manifiesto en su conducta. Las aportaciones teóricas más importantes de Sullivan son: la concepción interpersonal de la psicopatología y del concepto de personalidad, el sistema del yo, los modos de experiencia, la teoría de la angustia, y la teoría sobre la evolución de la personalidad.

Su teoría interpersonal la desarrolló en varios textos, en concreto, *Concepciones de psiquiatría moderna*, *Psicopatología Interpersonal* y especialmente en la *Teoría Interpersonal de la Psiquiatría*. Definió la personalidad como el patrón relativamente estable de situaciones interpersonales recurrentes que caracterizan la vida humana (1953). Una entidad hipotética concebida en el contexto de la conducta interpersonal y compuesta

por tres aspectos estables: los **dinamismos** y necesidades, las personificaciones y el Sistema del Yo. La personalidad se desarrollará a partir de las interacciones que establecemos con los otros y de nuestra capacidad (cómo somos capaces de manejar) la ansiedad y la tensión.

3.1.1. Estructura de la personalidad

La estructura de la personalidad se configura a partir de los dinamismos y necesidades, el sistema de yo y las personificaciones.

Dinamismos y necesidades

Sullivan denomina dinamismo «al patrón relativamente duradero de transformación de energía física que caracteriza al organismo durante su vida como tal» (1959b, p.103). Un dinamismo es un patrón complejo de conducta que satisface una necesidad básica. Este patrón puede ser manifiesto o encubierto. Hay dos tipos de dinamismos, uno de ellos está asociado con una zona corporal concreta que interacciona con el entorno y hace referencia a la satisfacción de necesidades básicas del organismo. El otro tipo se relaciona con las tensiones recurrentes que surgen ante experiencias de temor, ansia y del sistema de yo; todas ellas son formas de ansiedad. Los dinamismos se modifican con la experiencia, por tanto el patrón de conducta que se manifiesta es una función del aprendizaje.

Los dinamismos existen en unión con una necesidad. Si las necesidades son de satisfacción fisiológica mediante la comida, bebida, eliminación o movimiento físico, se consideran como **necesidades de autosatisfacción**. Si las necesidades hacen referencia a las relaciones interpersonales e incluyen la evitación de la ansiedad y el mantenimiento de la autoestima, se denominan **necesidades de seguridad**.

Las necesidades se establecen en una jerarquía y van cambiando a lo largo de nuestro desarrollo. Por ejemplo, la necesidad de contacto con otras personas permanece a lo largo de nuestra vida: en la infancia tiene que ver con la necesidad de contacto físico y cuidados, mientras que en la adolescencia se manifiesta como necesidad de contacto íntimo con una persona del otro sexo.

El Sistema del Yo

El Sistema del Yo se conforma en la infancia con el objetivo de eliminar la ansiedad. Sullivan define el Yo como «un sistema en la personalidad, construido desde las innumerables experiencias de las primeras fases de la vida. Su noción central es la satisfacción de las personas que se preocupan de nosotros y, de esa manera, nos satisfacemos a nosotros mismos, y nos libramos de experimentar ansiedad» (1959b, p. 218). El

Sistema del yo nos sirve para que seamos capaces de tratar con la ansiedad *desagradable* que nos pueden provocar otras personas.

El Sistema del Yo se desarrolla en las interacciones con otras personas y su contenido son esas experiencias que consisten en aprender a ser sensible a los signos de incremento y decremento de la ansiedad y en tomar acciones para reducir la ansiedad. Esta ansiedad tiene que ver con la seguridad, la cual esta muy vinculada a las relaciones con otras personas. Así, cuando otra persona nos aprueba, nos sentimos seguros y, si nos desaprueba, nos sentimos inseguros. Cuando somos adultos, el Sistema del Yo sirve para proteger nuestra autoestima y nuestro prestigio.

Personificaciones

El sistema del Yo contiene personificaciones, que son organizaciones elaboradas de la experiencia con otras personas. Las personificaciones son las formas esenciales mediante las cuales los niños interpretan el mundo interpersonal, mediante la formulación de un grupo de supuestos implícitos, ideas y fantasías acerca de las personas y del Yo, basadas en las experiencias interpersonales. El desarrollo de las personificaciones es central en el desarrollo de la personalidad, ya que influyen en las relaciones interpersonales posteriores.

3.1.2. Desarrollo de la personalidad

Sullivan describe el desarrollo de la personalidad desde el punto de vista central de la interacción con otras personas y la satisfacción de las necesidades básicas, fisiológicas e interpersonales. Ambas requieren de otras personas para su satisfacción, al menos en las primeras etapas del desarrollo. Si la interacción con las otras personas satisface las necesidades, el desarrollo se produce de una forma constructiva; si la interacción está llena de temor y ansiedad, el desarrollo tiene lugar de forma poco constructiva, sesgada por el momento y lugar en el que localizamos el temor y la ansiedad.

Modos de experiencia

El primer paso es considerar los modos en que las personas tenemos experiencias con otras personas. Las experiencias tienen lugar en el entorno del mundo físico y social y son importantes, ya que atraviesan toda conducta e interacción con los otros. Es la manera en la que llegamos a conocer el mundo interpersonal, siendo el primer elemento del mundo cognitivo-perceptivo del individuo. Sullivan propone *tres modos de experiencia* o forma en que los acontecimientos son tratados internamente; se trata de formas jerárquicas de pensamiento que relacionan a unos seres humanos con otros y cuya evolución es pareja al desarrollo del lenguaje.

Los tres modos de experiencia según H. S. Sullivan

- **Prototáxico:** Modo del recién nacido, en el que una experiencia no se relaciona con otras experiencias, ni con las nociones de tiempo ni espacio. Todo lo que percibe son sensaciones y estados momentáneos y no es capaz de establecer relaciones entre ellos. De cualquier manera, el bebé va tomando conciencia poco a poco de lo que le rodea, especialmente de las personas que conforman sus entornos. Esta forma de experiencia es propia de algunos estados esquizofrénicos.
- **Paratáxico:** Modo característico de la infancia. Las experiencias están asociadas con otras experiencias. Halla relaciones causales entre dos fenómenos simultáneos, exista o no realmente alguna causalidad. La experiencia se relaciona con otras experiencias y es simbolizada, pero las relaciones y los símbolos son peculiares de la persona que establece la simbolización y no se comparte con los demás. Es el modo de experiencia que aplicamos al estudio de las relaciones interpersonales, debido a que cada una de nuestras experiencias con los demás ocurre de una forma determinada que es específicamente nuestra.
- **Sintáctico:** las experiencias podemos compartirlas con otras personas, ya que para ello utilizamos símbolos que compartimos con otros. Es la forma más elevada de pensamiento.

Estos tipos de modo de experiencia progresan en etapas en las cuales influyen de forma diferenciada.

Etapas del desarrollo

Sullivan establece dos maneras amplias de categorizar el desarrollo de la personalidad:

- La interacción entre la maduración consecutiva de habilidades y oportunidades de experiencia durante los primeros 26 ó 27 años, y
- Los signos de distorsiones de la personalidad, que son el resultado de deficiencias de la experiencia, y las operaciones de seguridad, que son intentos de la persona de convertir los déficits en experiencia.

Según Sullivan para que una persona pueda relacionarse con otras de forma constructiva en su vida adulta, es esencial que tenga tipos correctos de experiencias en todos los estadios de su vida. Para Sullivan «una experiencia desafortunada en alguna fase del desarrollo puede hacer un gran daño a las posibilidades de relaciones interpersonales del futuro de la per-

sona y experiencias muy afortunadas en algún estadio del desarrollo pueden hacer mucho para remediar las limitaciones de estadios previos en los que ha habido alguna experiencia desafortunada» (1959b, p. 266). Los estadios descritos por Sullivan son: infancia, niñez, preadolescencia, adolescencia temprana, adolescencia tardía, juventud y madurez.

Cuadro 2. Períodos Iniciales del Desarrollo de la Personalidad, según H. S. Sullivan

Primera Infancia (0-18 meses)

Periodo que abarca desde el nacimiento hasta que se aprende a hablar, aproximadamente 18 meses de edad. Los padres ejercen una influencia fundamental sobre el niño, especialmente las actitudes maternas, que son captadas empáticamente por el niño. Al niño se le educa utilizando la ternura, limitándola para expresar desaprobación y mostrándola para expresar aprobación. De esta manera, el niño comprenderá que sus estados de euforia o de ansiedad están relacionados con estas actitudes exteriores y llegará a saber qué las provoca. Gracias a este proceso el niño adquiere dos visiones de la madre, una *madre buena* cuando hace que las tensiones disminuyan y una *madre mala* que la asocia a estados ansiosos. Esta vivencia posteriormente la lleva a otras situaciones tensas, en las que el niño tiene conciencia de sus limitaciones y comienza a diferenciarse del resto del universo. Comienza así a controlar su fuerza motriz y, sobre la conciencia de su propio cuerpo, elabora tres nociones distintas de su yo: *mi yo bueno* u organización de experiencias de bienestar, *mi yo malo* u organización de experiencias de desaprobación, tensión y angustia, y el *no yo*, constituido por aspectos de la vida mal integrados, vividos como experiencias no comunicables de terror o asco, pesadillas y algunas vivencias esquizofrénicas.

En esta etapa la dinámica del Yo se basa en la necesidad de obtener aprobación y eliminar la desaprobación, de forma que cumple una función restrictiva, que por otro lado está muy unida a la ansiedad. La función limitadora del Yo no es absoluta, y si se frustran ciertas necesidades del Yo aparecen trastornos de la personalidad. Las experiencias cognoscitivas son *prototáxicas*. Al final de esta etapa comienza a manifestarse la personalidad.

Segunda Infancia (18-20 meses a 4-5 años)

Comienza en la primera infancia y termina cuando se es capaz de convivir con los demás. La personalidad se desarrolla rápidamente, experimenta choques entre sus intereses y los de los demás; aprende a manejar a las personas, comienza a tener fantasías y es el periodo en el que la educación se convierte en el tema central. Se le inculcan normas culturales y el niño comienza a preguntar y progresa de forma importante en su lenguaje.



Las experiencias cognoscitivas son en muchos aspectos *paratáxicas*, pero comienzan a emerger las *sintácticas*.

Niñez (5-6 a 11 años)

En esta etapa la persona tiene gran necesidad de tener amigos, la cual es tan fuerte que si no es posible se los inventa. Desarrolla la cooperación con los otros y aprende a renunciar a intereses particulares por los grupales, nace la competencia y, gracias en parte a la escuela, comienza a descubrir que hay normas que surgen de la comunidad. El temor al aislamiento es más fuerte, al igual que el deseo de pertenencia. Se emplean formas sintácticas de experiencia con un aumento de las personificaciones abstractas, que se utilizan para evitar la ansiedad.

Preadolescencia (11-13 años)

Es el primer paso en el desarrollo de la capacidad de intimidad. Es una época fundamental en la que se pasa del egocentrismo al estado social. Madura la capacidad para amar y aprendemos a vernos como nos ven los demás. En esta etapa la persona necesita mantener la igualdad, la mutualidad y especialmente la reciprocidad en las relaciones interpersonales.

Adolescencia (12-17 años)

Comienza con la pubertad. En esta etapa la necesidad de intimidad se produce con otra persona de distinto sexo, junto con la necesidad de satisfacer los deseos y de evitar la ansiedad.

Adolescencia tardía

Esta etapa comienza cuando la persona descubre que prefiere las relaciones genitales y finaliza cuando es capaz de establecer una relación íntima duradera con una persona del otro sexo. La ansiedad puede producir un mal funcionamiento del sistema del Yo, que da lugar a personificaciones inadecuadas, tanto del sí mismo, como de las otras personas. Debido a la ansiedad, se producen personificaciones inadecuadas que llevan hasta relaciones interpersonales difíciles.

3.1.3. Psicopatología

Sullivan sentó las bases para la teoría interpersonal del carácter de los síndromes clínicos. Redefinió el trastorno mental como **dinamismos desajustados** o patrones inadecuados de relaciones interpersonales. Los *dinamismos desajustados* son patrones problemáticos de relaciones inter-

personales que surgen de experiencias intensas de ansiedad, más el conflicto grave y relativamente irresoluble entre la satisfacción de necesidades físicas e interpersonales y las expectativas y requerimientos de los otros significativos, quienes restringen la expresión o satisfacción de esas necesidades.

Describió diez tipos de personalidad (1959c): No integradora, absorta en sí misma o fantástica, incorregible, negativista, titubeante, guiada por la ambición, asocial, inadecuada, homosexual y crónicamente adolescente. Sullivan consideraba que la conducta patológica difería más bien en grado que en carácter de la conducta normal. Los trastornos de la conducta los ve como formas inadecuadas o inapropiadas de tratar con los demás, que se producen por un esfuerzo por controlar la ansiedad. Estas tácticas de control de la ansiedad llevan implícitas numerosas consecuencias posibles graves: (a) una restricción del margen de funcionamiento, lo que supone la pérdida de las experiencias necesarias para el desarrollo de la personalidad; (b) para evitar la ansiedad, la persona podría verse obligada a evitar relaciones interpersonales necesarias para la satisfacción de las necesidades fisiológicas básicas; (c) torpeza en las relaciones interpersonales, por lo que experimenta ansiedad debido a los fracasos sociales acompañantes y (d) la consecuencia más grave es cuando el individuo se aleja de las relaciones interpersonales importantes o las elimina por completo.

3.2. Aspectos técnicos

Aunque Sullivan es conocido fundamentalmente por su teoría de las relaciones interpersonales, también es relevante por su sistema de psicoterapia, con la que se halla íntimamente relacionada. Desarrolló sus propuestas a partir del estudio de pacientes, especialmente de personas con trastornos obsesivos y esquizofrénicos. Su enfoque de tratamiento se centró en la comprensión de las relaciones interpersonales y sus representaciones internas, considerando al psicoterapeuta como un **observador participante** que conoce cómo es la clave del proceso de cambio psicoterapéutico. Para Sullivan, la psicoterapia es una *forma especial de relación interpersonal, que aporta seguridad interpersonal y facilita el aprendizaje interpersonal*.

Formuló una teoría sistemática de la técnica, que proponía que:

- Deben analizarse las actitudes del enfermo ante las experiencias de aprobación y desaprobación, y así como observar sus dificultades en sus relaciones con los demás.

- Deben estudiarse las tendencias del carácter y la **transferencia narcisista**.
- Hay que observar los cambios tensionales del paciente como un indicador de que se está en buen camino hacia el cambio.
- Por respeto al paciente, el psicoanalista debe desempeñar un papel activo en la dirección del trabajo del paciente en la terapia, y tiene el deber de decirle cuando está perdiendo el tiempo.
- Bajo ningún concepto debe incrementar el nivel de angustia del analizado, cuidando que las interpretaciones no produzcan más angustia que el propio trastorno.

Para Sullivan la terapia debía lograr siempre cambios en la persona y en su situación. Para él, la psicoterapia consistía en: ofrecer nueva información, corregir la información errónea, rectificar los sistemas de evaluación no prácticos, actuar reduciendo o aumentando la distancia personal, corregir los fenómenos paratáxicos o de transferencia (el núcleo de la técnica psicoanalítica); funcionar reintegrando los sistemas de experiencia disociados o suprimidos, liberar la conciencia personal de inhibiciones, actuar para no restringir la comunicación a pensamientos lógicos y promover la comunicación en términos de la actividad implícita de los pacientes y, finalmente, actuar para promover los cambios hacia el incremento de las satisfacciones, limitando la excesiva confianza en las necesidades de seguridad.

4. LA PSICOLOGÍA DE LA IDENTIDAD: ERIK H. ERIKSON

La teoría de la Identidad formulada por Erikson es pieza obligada de estudio para todo clínico actual. Siendo Erikson alemán de origen danés, tuvo que emigrar a EEUU a consecuencia de la Segunda Guerra Mundial, donde tuvo la oportunidad de entrar en contacto con sociólogos, antropólogos y psicólogos sociales inmersos en la cuestión de la singularidad cultural. Esto fue decisivo para Erikson, que consideró la influencia cultural y social en la constitución del psiquismo y el desarrollo humano. Erikson pertenece a la tradición de la Psicología del Yo, al que concibe como: «una institución interna (el Yo) desarrollada para proteger ese orden dentro de los individuos del que depende todo orden exterior. No es el individuo ni su individualidad, aunque resulta indispensable para ambos» (Erikson, 1959).

Cuadro 1. Reseña biográfica de Erik H. Erikson (1902-1994)

Erik Homburger Erikson nació en Frankfurt (Alemania) en 1902 de padres daneses. Durante sus años escolares estudió arte y una gran variedad de idiomas en lugar de hacer cursos de ciencias, biología ó química. No le gustaba la atmósfera que se respiraba en la escolarización formal, por lo que en vez de ir a la universidad, se dedicó a viajar a través de Europa durante un año, a lo largo del cual escribió un diario con sus experiencias. Tras esto regresó a Alemania. A finales de la década de los años 20 tuvo su primer contacto con niños como maestro en una pequeña escuela de Viena.

Posteriormente empezó su carrera como analista de niños, para lo que contó con la guía de Anna Freud y August Aichhorn. Ingresó en el *Instituto Psicoanalítico de Viena*, dónde se graduó y se especializó en psicoanálisis infantil. En 1933 emigra a Estados Unidos, y es allí dónde comienza a interesarse por la influencia de la cultura y la sociedad en el desarrollo del niño. Henry A. Murray y sus colaboradores de la *Harvard Psychological Clinic* le ofrecieron su primer trabajo en EEUU. Conoció a antropólogos como Gregory Bateson, Ruth Benedict, Martin Loeb y Margaret Mead. Trabajó en diferentes investigaciones gracias a becas y donaciones, como un estudio comparativo sobre la infancia y un estudio sobre las neurosis infantiles incipientes efectuado en Yale, en el departamento de Psiquiatría. Participó también en el estudio de Jean Walker Macfarlane sobre niños californianos representativos (Universidad de California, Berkeley). También trabajó con David Rapaport.

Erikson estudió niños indígenas en EEUU, y estos trabajos le permitieron relacionar el desarrollo de la personalidad con los valores sociales y familiares. Mientras continuaba con sus trabajos clínicos con adolescentes y jóvenes, desarrolló el concepto de «crisis de identidad», conflicto inevitable que acompaña al fortalecimiento del sentido de la identidad a finales de la adolescencia.

Siempre desarrolló un importante trabajo clínico, además de ocuparse de los rápidos cambios sociales de América, y escribió artículos sobre las tensiones raciales, la delincuencia juvenil, el cambio de roles de género y los peligros de una guerra nuclear. Falleció en 1994.

4.1. Aspectos teóricos

Erikson continúa el esquema de S. Freud y K. Abraham de estadios del desarrollo, más allá de la fase genital y de la resolución del complejo de Edipo. En la aparición de las crisis del desarrollo señaladas por Erikson, no sólo están presentes factores predominantemente biológicos

(como sucedía en las fases de desarrollo de la libido de Freud), sino que en la aparición de esos momentos críticos participaban factores psicosociales. Y esos factores resultan cada vez más fundamentales en la medida en que el hombre alcanza la juventud, la edad adulta y la vejez.

Erikson tiene en cuenta también el postulado básico de Freud, que hace referencia a que la identificación representa la forma más temprana de ligazón afectiva. En los últimos decenios se han formulado descripciones especialmente claras sobre estas identificaciones durante el desarrollo del Yo y del Ello dentro del marco de la teoría estructural, y es aquí dónde podemos situar a Erik Erikson en cuanto al período evolutivo de la adolescencia

Para Erikson, el análisis de los sueños tiene gran importancia. El punto de vista freudiano de que los sueños en esencia no son más que una forma especial de pensamiento, fue olvidado hasta que Erikson publicó *El sueño paradigmático del Psicoanálisis* (1954). El hecho de que muchos sueños nos parezcan extraños se puede entender como una forma de resistencia. Para describir estas formas de resistencia, Erikson utiliza el término de **resistencia de identidad**, como un nuevo enfoque a la hora de considerar los sueños.

Anna Freud ejerció una clara influencia en las propuestas de Erikson, con quien había coincidido en el *Instituto Psicoanalítico de Viena*. La principal consecuencia de ello fue la aplicación del juego al tratamiento con niños, llegando a ser considerado el elemento indispensable. En el psicoanálisis el juego permite liberar emociones acumuladas y encontrar un alivio imaginario para las frustraciones pasadas. Erikson piensa que si los niños han sufrido algún trauma, eligen para sus dramatizaciones el material lúdico que su cultura pone a su disposición, y que pueden manejar según su edad.

En cuanto a su teoría sobre la identidad, pesó la aportación de William James. El *sentimiento subjetivo acerca de una vigorizante miseria y continuidad* que Erikson designa como *sentimiento de identidad*, fue descrito por James en una carta a su mujer en 1920 (citado en Erickson, 1980). Erikson subraya la universalidad del sentimiento de identidad, desarrollándolo teóricamente, y describiendo las crisis a él asociadas.

4.1.1. Las etapas del ciclo vital

Erikson considera que el ciclo de la vida puede ser descrito de manera sistemática, y propone dividir la evolución del ciclo vital en etapas. En cada etapa tiene lugar un conflicto nuclear nuevo que añade una nueva cualidad yoica, un nuevo criterio de fortaleza humana acumulada. En

cada etapa se enfrenta su crisis correspondiente y se encuentra una solución perdurable. El paso de una fase a la siguiente deja lugar a variaciones en el ritmo y la intensidad, dependiendo del individuo y/o la cultura. Es un sistema de etapas dependientes e interrelacionadas.

Las Etapas del Ciclo Vital según E. Erikson son:

1. **Confianza básica vs. Desconfianza básica:** La primera demostración de confianza social que se da en el niño pequeño es la facilitación de la alimentación, la profundidad de su sueño y la relación con sus intestinos. El primer logro social del niño es que esté dispuesto a permitir que su madre se aleje de su lado sin experimentar una ansiedad o rabia indebida. Esta confianza lo es en la *continuidad* de la existencia de los proveedores externos y su confianza en uno mismo. El restablecimiento de la confianza básica constituye el requisito básico para la terapia. La solución de este conflicto es la primera tarea del yo. La cantidad de confianza derivada de la experiencia infantil temprana depende de la cualidad de la relación materna, que crea en el niño la base para un sentimiento de identidad.
2. **Autonomía vs. Vergüenza y duda:** El medio en el que se encuentra el niño debe favorecer su autocontrol a la vez que debe protegerlo de las experiencias arbitrarias de la vergüenza y la duda tempranas. La vergüenza implica ser consciente de uno mismo, y se expresa de modo precoz en el impulso a ocultar el rostro. La provocación excesiva de vergüenza no lleva al niño a corregirse, sino a una secreta decisión de hacer las cosas impunemente, «cuando nadie lo vea», para evitar así la vergüenza. Para Erikson la duda es la hermana de la vergüenza. Es un sentimiento respecto a todo lo que se ha dejado atrás. Tiene que ver con la conciencia de tener anverso y reverso, tener un «detrás». Esta etapa es decisiva para el equilibrio de la proporción de amor y odio, cooperación y terquedad, libertad de autoexpresión y su supresión. El sentimiento de autocontrol sin pérdida de autoestima da lugar a un sentimiento perdurable de buena voluntad; un sentimiento de pérdida de autocontrol y un sobrecontrol externo dan origen a la duda y la vergüenza.
3. **Iniciativa vs. Culpa:** La iniciativa agrega a la autonomía la cualidad de planear una tarea por el mero hecho de estar activo y en movimiento. La iniciativa es necesaria en todo acto, y en especial para aprender. El peligro de esta etapa está en que el sentimiento de culpa interfiera respecto de las metas planeadas y los actos iniciados para lograrlas, y en el propio placer experimentado ante el

nuevo poder locomotor natural. Los celos y rivalidades infantiles alcanzan ahora su culminación en la lucha por una posición de privilegio frente a la madre, cuyo fracaso lleva a la resignación, culpa y ansiedad. Es la etapa del «complejo de castración». En la patología adulta, el conflicto residual relativo a la iniciativa se expresa en la negación histérica, que provoca la represión del deseo o enfermedades psicosomáticas

4. ***Industria vs. Inferioridad:*** La imaginación del niño se ve domesticada y sometida a las leyes de lo impersonal. Desarrolla un sentido de la *industria* (*Laboriosidad*), ya que completar una situación productiva constituye una finalidad que gradualmente reemplaza los caprichos y deseos del juego. Se le enseña el placer de completar el trabajo mediante una atención sostenida y una diligencia perseverante. Los niños reciben en esta etapa instrucción sistemática. El peligro de esta etapa radica en un sentimiento de inadecuación e inferioridad: si desespera de sus herramientas o habilidades, puede renunciar a la identificación con sus compañeros y con el mundo de las herramientas. Esto puede hacerlo regresar a la rivalidad familiar de la época edípica. También es una etapa clave desde el punto de vista social: La *industria* implica hacer cosas junto a los demás, y en esta época se desarrolla un primer sentido de división del trabajo y de las diferentes oportunidades. Freud denomina a esta etapa *de latencia* porque los impulsos violentos están normalmente inactivos.
5. ***Identidad vs. Confusión de rol:*** Comienza la juventud, y surge la preocupación por lo que parecen ser ante los otros, lo que ellos sienten que son, y lo que atañe a los roles relacionales. En la búsqueda del sentimiento de continuidad los adolescentes deben volver a librar muchas batallas de los años anteriores. La integración de la identidad yoica es más que la suma de las identidades infantiles, es la confianza acumulada en que la continuidad interior obtenida en el pasado encuentra su equivalente en la continuidad del significado que uno tiene para los demás. El peligro de esta etapa está en la confusión de rol. Lo que perturba a los jóvenes es la incapacidad para decidirse por una identidad ocupacional, y para evitar la confusión se sobreidentifican temporalmente hasta una aparente pérdida de identidad. A veces se produce cierta intolerancia como defensa contra la confusión en el sentimiento de identidad.
6. ***Intimidad vs. Aislamiento:*** El joven que surge de la búsqueda de identidad está dispuesto a fundir su identidad con la de otros. Así, está preparado para la intimidad, la capacidad de entregarse a afi-

liaciones y asociaciones concretas, y desarrollar la fuerza ética necesaria para cumplir con tales compromisos. La evitación de tales experiencias por temor a la pérdida del Yo puede llevar a un profundo sentido de aislamiento. El peligro de esta etapa es que las relaciones íntimas, competitivas y combativas, se experimentan con y contra las mismas personas. Es peligroso el aislamiento, la evitación de contactos que llevan a la intimidad. Es ahora cuando puede desarrollarse plenamente la verdadera genitalidad.

7. ***Generatividad vs. Estancamiento:*** El hombre maduro necesita sentirse necesario. La generatividad es la preocupación por establecer y guiar a la nueva generación, y constituye así una etapa esencial en el desarrollo psicosexual y psicosocial. Cuando tal enriquecimiento falta se produce una regresión a una necesidad obsesiva de pseudointimidad con un sentimiento de estancamiento y empobrecimiento personal. Los individuos se tratan a sí mismos como si fueran su propio y único hijo, observándose una elevada preocupación por sí mismos.
8. ***Integridad del Yo vs. Desesperación:*** Cuando el individuo ha superado exitosamente las siete fases anteriores se da la integridad del Yo. Es la seguridad acumulada del Yo con respecto a su tendencia al orden y el significado. Es la aceptación del propio y único ciclo de vida. Es su reconciliación con el pasado, y saber que una vida individual es la coincidencia accidental de un ciclo de vida con un fragmento de la historia. La falta o pérdida de esta integración yoica acumulada se expresa en el temor a la muerte. La desesperación indica que el tiempo se queda corto, «demasiado corto para intentar otra vida y para probar caminos alternativos hacia la integridad» (Erikson, 1959). El malestar consigo mismo oculta la desesperación. Establece Erikson una relación entre la integridad adulta (última etapa) y la confianza infantil (primera etapa), de modo que los niños sanos no temerán la vida si sus mayores tienen la integridad necesaria para no temer a la muerte.

Hasta la difusión del pensamiento de Erikson la comprensión clínica de la relación entre infancia y sociedad no había sido apenas considerada. Los historiadores ignoran la función decisiva de la infancia en la sociedad. Todo adulto fue niño, y toda sociedad está formada por hombres que se encuentran en el proceso de dejar de ser niños para convertirse en progenitores. Al reforzar los valores por los que se rige el Yo, las sociedades crean la única condición bajo la cual el crecimiento humano resulta posible.

Así, cada etapa está relacionada con un ámbito de la sociedad: hay afinidad entre el problema de la confianza básica y la institución de la religión, el problema de la autonomía se refleja en la organización política y legal básica, y el de la iniciativa en el orden económico; la industria se relaciona con la tecnología, la identidad con la estratificación social, la intimidad con los patrones de interacción social, la generatividad con la educación, el arte y la ciencia, y la integridad con la filosofía.

4.1.2. La crisis de Identidad

Erikson dedica también gran parte de su teoría al estudio de la crisis de identidad, la cual suele acontecer en el momento crítico de la adolescencia. Hasta la adolescencia el individuo no puede desarrollar los requisitos de desarrollo fisiológico, maduración mental y responsabilidad social para experimentar y atravesar la crisis de identidad. La formación de la identidad comienza donde termina la utilización de la identificación. Para Erikson la identidad no queda nunca establecida como algo estático e inmodificable, y no se refiere a una especie de armadura de la personalidad.

Sólo un sentimiento gradualmente creciente de identidad basado en la experiencia de salud social y solidaridad cultural al final de cada crisis importante de la infancia promete ese equilibrio periódico en la vida humana, que en la integración de las etapas yóicas contribuye a establecer un sentimiento de humanidad. Un peligro para el desarrollo de esta identidad se da si el niño demasiado conformista acepta el trabajo como lo único que vale la pena, sacrificando la imaginación y fantasía y la tendencia al juego. Sólo si la identidad está bien encauzada se pueden dar favorablemente el resto de las etapas que han de desarrollarse a continuación.

Para Erikson, la resistencia de identidad es una forma de resistencia prototipo de un grupo de fenómenos resistenciales que son de una gran significación teórica y clínica. Como tales, los fenómenos descritos como resistencia de identidad no son nuevos. La aportación de Erikson reside en la reorientación teórica según la cual él conecta la función de la resistencia (y también de los procesos de defensa inconscientes) con el mantenimiento del sentimiento de sí o sentimiento de identidad, que es psicosocial en su origen. Con esto se introduce un principio superior de regulación.

4.2. Aspectos técnicos

Para Erikson la psicoterapia está destinada al fracaso cuando la cultura se niega a proporcionar una base temprana para una identidad y

cuando faltan las oportunidades para las adaptaciones posteriores adecuadas. La identidad psicosocial se desarrolla a partir de una integración gradual de todas las identificaciones, pero el todo tiene una cualidad distinta de la suma de las partes. En este proceso la influencia de la sociedad se revela como un factor fundamental.

Erikson utiliza el juego con sus pacientes más pequeños, pues considera que cuando se juega se está de vacaciones respecto a la realidad social y económica: no se trabaja. Esta oposición al trabajo da al juego una serie de connotaciones. Hay que considerar las circunstancias actuales del niño, y así el observador ha de tener idea de aquello a lo que suelen jugar los niños de esa edad determinada y en esa comunidad cultural determinada. Señala asimismo Erikson una serie de situaciones infantiles que ilustran la capacidad del Yo para encontrar recreación y autocuración en la actividad lúdica (por ejemplo en el caso Mary; Erikson, 1959).

El juego del niño es la forma infantil de la capacidad humana para manejar la experiencia mediante la creación de situaciones modelo, y para dominar la realidad mediante el experimento y el planteamiento. El fenómeno de la transferencia en el niño que juega (como en el adulto que verbaliza) señala que, cuando una emoción se vuelve tan intensa que derrota a la actitud lúdica, obliga a una descarga inmediata en el juego y en la relación con el observador. El fracaso está caracterizado por lo que cabe describir como una desorganización del juego, la incapacidad repentina para jugar. Para Erikson la comunicación no es en esencia una cuestión verbal, considerando que las palabras son únicamente las herramientas de los significados.

Hace uso también Erikson del análisis de los sueños. Lo que busca con la interpretación de los sueños es cerrar la brecha existente entre los sueños y la vida consciente con el fin de preservar la identidad, como ya señaló en su interpretación del sueño de Freud sobre Irma (Erikson, 1980). Los sueños son los índices más sensibles de la prosecución de la lucha del individuo con crisis acaecidas en fases anteriores. Y en todos aquellos individuos que han dominado con éxito otras regresiones, la crisis de identidad continúa siendo revivida en sucesivas crisis de la vida posterior, pero subliminalmente y mediante actos simbólicos que, en su mayoría, corresponden a la psicopatología de cada noche.

Para Erikson la tarea fundamental de la psicoterapia es «perfeccionar métodos que en situaciones determinadas faciliten la elucidación de los prejuicios, las aprensiones y la insensatez que emanan de la rabia infantil y de las defensas del adulto contra su ansiedad infantil latente» (Erikson, 1959). Considera que con el aumento de las expectativas de vida ha ami-

norado también la restricción del análisis para pacientes que no están en la edad media de la vida. Por ello la aplicación del método psicoanalítico en el sentido de una indicación adaptativa para pacientes mayores y de edad avanzada, va de la mano con la ampliación propuesta por Erikson de la teoría psicoanalítica: junto a la niñez temprana otorga su debida importancia a las crisis y conflictos típicos de cada fase de la vida (adolescencia, adultez, edad media y edad avanzada) como forma de entender la patogénesis de las enfermedades psíquicas y psicosomáticas.

En consecuencia, emplea diversos contextos históricos en la terapia:

- La biografía que el propio paciente reconstruye, y cuyos trazos se revisan de continuo sobre la base del material que aflora.
- El contexto de la biografía del analista y sus continuas experiencias de vida, que influyen sobre el alcance de su capacidad sensitiva.
- El contexto histórico del ciclo de la vida, de modo que un mismo material puede ser visto por el mismo analista en estadios distintos de su propia vida.

5. LA PSICOLOGÍA DEL SÍ MISMO: HEINZ KOHUT

5.1. Introducción

La historia del psicoanálisis está marcada por la emergencia periódica de nuevas ideas introducidas como suplementos o extensiones de la teoría y/o práctica existentes, o como nuevas formas de ofrecer soluciones más elegantes o ingeniosas a los problemas de la mente. Heinz Kohut (1913-1981) fue el mentor de la escuela psicoanalítica llamada *Psicología del Self*. En los primeros inicios de su trabajo teórico y clínico, su obra se consideró un desarrollo del modelo freudiano. Sin embargo, con el tiempo, sus aportaciones a la teoría y técnica psicoanalíticas permitieron una mejor comprensión de algunas de las patologías más graves del psiquismo humano, y cobró mayor singularidad. Kohut propuso que la personalidad avanza en dos líneas de desarrollo: una que se dirige a la *madurez del Yo* (en la línea de las ideas de Freud, 1914), y la otra a la *madurez del Self*, un concepto que hasta estos nuevos desarrollos no había sido bien definido (Kohut, 1977, 1980).

5.2. Aspectos teóricos

Mientras la teoría psicoanalítica clásica se centraba en los llamados trastornos neuróticos, considerando inanalizables las neurosis narcisistas

(o psicosis y trastornos narcisistas), Kohut se interesa por otros tipos clínicos, especialmente aquellos que él llama pacientes que padecen *trastornos narcisistas de la personalidad*, y que habían sido introducidos en la psicopatología clásica bajo el epígrafe de «psicopatías» (Kurt Schneider, 1959). Kohut elaboró un aspecto del concepto de narcisismo que le permitía sortear la teoría freudiana de los impulsos y proponer directamente una teoría del *Self* (Simpson, 1994).

5.2.1. *La redefinición del narcisismo*

Hasta Kohut, el narcisismo había sido considerado como una condición patológica en la que la persona —como el mítico Narciso que admiraba su reflejo en el estanque del bosque— toma su propio cuerpo y sentido de identidad como el centro del mundo y único criterio válido. Kohut añadió un elemento clave en el estudio del *Self*: reconoció que nuestro narcisismo innato es una parte esencial del desarrollo del *Self* y lo describió como una línea independiente de desarrollo de la personalidad. En este sentido, la teoría clásica de las pulsiones (pulsión sexual y pulsión agresiva, reprimidas), es una explicación adecuada para el estudio de los trastornos neuróticos, entendidos como defectos del desarrollo de la libido, es decir, los problemas surgidos en las fases prefijadas del desarrollo psico-sexual. Sin embargo, Kohut plantea que los trastornos narcisistas de la personalidad no se explican por fallos en ese desarrollo libidinal, sino por alteraciones en la **línea narcisista de desarrollo**. Esta línea (Kohut, 1977, 1980, 1986) parte de la misma raíz que la libidinal, del autoerotismo, pero a partir de ahí no sigue las fases antes citadas. Se inicia en un «narcisismo cohesivo» o con fantasías de omnipotencia, en las que el sujeto se vive fundido de manera intensa con las figuras parentales. Cuando este narcisismo se va moderando y las figuras del entorno van indicando al sujeto la realidad de la separación, se va superando la situación anterior; pero cuando esta confrontación con la realidad se hace de manera brusca se puede producir el trastorno. La separación debe hacerse de forma gradual para hacer que se disuelva el narcisismo cohesivo de manera progresiva, de lo contrario este narcisismo se mantendrá. Por tanto, el trastorno narcisista es una aberración de un proceso esencialmente normal, sano y necesario del crecimiento personal.

5.2.2. *Los objetos del Sí mismo (de reflexión e idealización)*

El *Self* (Kohut, 1977) es una estructura básica y fundamental del aparato psíquico, cargado de múltiples representaciones tales como actividades, deseos, proyectos o ideales en el sujeto. Se constituye por la *internalización* de ciertos tipos de objetos, llamados *objetos del Self* u **Objetos**

Sí mismo, con los que el individuo establece un vínculo narcisista, porque los percibe como una extensión de sí mismo.

Lógicamente, el Self tiene un desarrollo normal o patológico, que va desde los estadios más primitivos donde se encuentra en estado de fragmentación, hasta los estadios más maduros del narcisismo, marcados por la autoestima y autoconfianza, así como la capacidad madura de admiración por los demás. Entre ambos polos se encuentran las dos formaciones típicas u objetos del *Self* narcisista: reflexión e idealización. En el primero, la **reflexión**, el niño se ve reflejado en su madre, percibiendo su propio Self reflejado en la mirada valorativa afirmativa de la madre. El objeto reflexión, también llamado espejamiento u objeto especular, es aquel que dota de placer y que despierta el deseo; además de aportar autoestima, alivia tensión, disminuye miedos y aporta bienestar corporal. El segundo objeto, la **idealización**, también llamada *imago parental idealizada*, el niño reconoce a su padre u otro ser querido como poseedores de una serie de características positivas, y la valoración que él hace de esas figuras las traslada sobre sí mismo.

En el desarrollo teórico del autor se añadió un tercer objeto o área intermedia entre los dos anteriores, el **alter-ego** o **gemelar**, descrita como el espacio de las aptitudes y talentos. Es un área intermedia entre la reflexión e idealización, que busca la experiencia fortalecedora de ser como él mismo.

Las características de cada uno de los objetos del self (reflexión, idealización y alter-ego) se revelan en las distintas transferencias establecidas por los pacientes a lo largo de su tratamiento (ver «tipos de transferencia», más adelante). Con el tiempo, el niño interioriza las relaciones con esos objetos (Kohut, 1977, 1986). En el desarrollo normal del *Self*, el proceso interno de reflexión funda las ambiciones realistas respecto al mundo, apoyadas por los elogios alentadores de la madre. De igual manera, cuando el padre idealizado se ha interiorizado, el niño lucha por ideales realistas que den sentido y significado a su vida.

5.2.3. Tipos de transferencia en el paciente narcisista: de reflexión, idealizadora y recíproca.

La característica estructural básica de los pacientes narcisistas consiste en una organización deficitaria del *Self* (consecuencia de las alteraciones del objeto, reflexión, idealización y alter-ego), que se traduce en un sentimiento de irre realidad, vacío y falta de significado. Las deficiencias en la estructura del *Self* se aprecian en tres situaciones de transferencia, o formas de vinculación emocional con su terapeuta: transferencia de refle-

ción, idealizadora y recíproca. En la transferencia *de reflexión*, para manejar las diferencias, el paciente se muestra entusiasmado consigo mismo y cree que el terapeuta está totalmente fascinado con él. En la transferencia de *idealización* el paciente hace del analista una persona especial que merece admiración y alabanza, y luego se concede importancia a través de su asociación con él. Y finalmente, en la transferencia de *relación recíproca*, el paciente cultiva la fantasía de que él y su analista son compañeros que van juntos en el camino de la vida. Desde la perspectiva de Kohut (1977, 1986), los tres tipos de transferencia señalados son un intento, por parte del paciente, de construir los segmentos faltantes de su estructura psíquica y compensar así sus déficit estructurales.

5.3. Aspectos técnicos

5.3.1. *Formulación del proceso analítico*

Esta cuestión nos lleva desde la justificación de la técnica a la articulación de las fases del tratamiento, de manera que la sucesión o secuencia de fases tenga en sí misma un sentido teórico. En este sentido, Kohut sitúa y es uno de sus méritos principales según Ingelmo, Ramos y Muñoz (1994) la psicopatología dentro del contexto analítico y considera que la técnica debe ser coherente con la psicopatología. El proceso analítico implica según Kohut la «restauración del *Self*» (1980) mediante la identificación de las fases del tratamiento, naturales y necesarias, para que se de el cambio en el contexto de la situación analítica.

Las fases del proceso terapéutico descansan para Kohut (1986) en el supuesto de que el proceso analítico avanza desde la superficie hacia los niveles más profundos. A lo largo de este proceso, las vicisitudes de la transferencia permiten la repetición de las secuencias del desarrollo en un sentido inverso, en el que el papel del analista consiste en mostrar al paciente que este desarrollo es posible. Kohut converge así con la formulación del proceso analítico como *experiencia emocional correctora* (Alexander y French, 1948).

En el curso del proceso analítico tiene lugar un proceso de internalización que supone una continuación de la acaecida en la infancia. Para conseguirla el analista debe proporcionar al paciente funciones análogas a las que desarrollaron en un principio los objetos del *Self* primitivos (significado y sentido de realidad). A través de la **internalización transmutadora**, el individuo obtendrá las funciones de los objetos del *Self* que le brindarán autonomía y madurez.

5.3.2. *La observación empática*

Una de las características básicas del trastorno narcisista era el tipo de transferencia que estos pacientes manifestaban en la sesión, tendiendo a percibir al analista como una parte de su propio cuerpo o como una imagen especular de sí mismos. La interpretación del impulso y de la defensa resultaba insuficiente para comprender a estos pacientes. La *empatía*, entendida como la capacidad de penetrar con el pensamiento y el sentimiento en la vida interior de otra persona (Kohut, 1986), crea una atmósfera analítica más flexible que la lograda por otros enfoques terapéuticos. Para Kohut, la empatía y la introspección son dos ingredientes esenciales de la observación psicoanalítica y, por tanto, de los límites del psicoanálisis (Kohut, 1959). Su unión es lo que define el método clínico de Kohut, el método de **indagación empático-introspectivo**.

Según Kohut (1986), la empatía se asienta sobre dos pilares fundamentales: por una parte, depende de la intuición del terapeuta y, por otra parte, está sostenida por el marco teórico particular de la psicología del *Self*. De acuerdo con Kohut, la intuición del terapeuta debe ser similar a la que los progenitores no narcisistas experimentan ante las necesidades de reflexión e idealización de sus hijos y, por tanto, debe ser capaz de entender dichas necesidades del paciente como parte de un nuevo desarrollo emocional. En este caso, el paciente ya no se siente solo o vacío; comprende y acepta la transferencia y la relación establecida, interiorizando gradualmente todo ello. Así, la organización mental que el paciente no obtuvo con los padres se estructura ahora y se restablece su salud (Kohut, 1980).

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En la segunda generación del psicoanálisis (los años 30) empiezan a aparecer propuestas teóricas y técnicas que ensanchan los horizontes de la teoría freudiana. Aunque muy apegados a la ortodoxia freudiana, autores como Hartmann, Kris y Loewenstein van a sentar las bases de nuevos modelos que conciben los fines del psicoanálisis en una dirección más adaptativa, y sitúan los medios técnicos para lograrlo en un horizonte que más adelante llevará a considerar la importancia de la relación terapéutica y la empatía, junto a los conceptos ya establecidos de transferencia e interpretación. Hemos revisado el concepto de Yo y sus mecanismos de adaptación y defensa. También hemos introducido, siguiendo a Sullivan, el contexto interpersonal como fundante de la subjetividad y clave en el origen de la patología. Con Erikson hemos recorrido una visión cultural y antropológica del ciclo vital, que permite entender mejor las transformaciones que se producen en el proceso de construcción de la subjetividad. Y, finalmente, con Kohut, que pertenece ya a la tercera generación del psicoanálisis, hemos recogido la centralidad del concepto de Sí mismo como ámbito de manifestación y experiencia de la subjetividad. Kohut es un autor que quizá debiéramos haber revisado junto a los innovadores del psicoanálisis (véase Capítulo 7), pero está justificada su presencia aquí por su entronque con la evolución del psicoanálisis en Norteamérica. El escenario del psicoanálisis contemporáneo queda así introducido en el diálogo con las aportaciones más representativas del psicoanálisis británico (kleinianos e independientes), aportaciones que se revisarán en el capítulo siguiente.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA Y LECTURAS RECOMENDADAS

BLEICHMAR, N. M., LIEBERMAN, C. y SILVIA WIKINSKI, S. (1997). *El psicoanálisis después de Freud: teoría y clínica*. México: Paidós.

Es una obra adecuada para revisar más en profundidad las aportaciones de H. Hartmann: véase el cap. 4 «Hartmann y la Psicología del Yo. Discusión y comentarios».

ERIKSON, E. H. (1980). *Identidad, juventud y crisis*. Madrid: Taurus. [Original de 1968].

En especial se recomienda la lectura del cap. 3: «El ciclo de la vida: Epigénesis de la Identidad» (pp. 78-121).

KOHUT, H. (2002). *Los dos análisis del Sr. Z*. Barcelona: Herder. [Original de 1979: The two analyses of Mr. Z. *Internacional Journal of Psycho-Analysis*, 1979, 60: 3].

Esta edición castellana, en formato libro, incluye varios trabajos adicionales, entre ellos un excelente trabajo introductorio de Ramón Riera que revisa el conjunto de la Psicología del Self.

SULLIVAN, H. S. (1953). *La teoría interpersonal de la psiquiatría*. Buenos Aires: Psique. [Original de 1953: *The Interpersonal Theory of Psychiatr*. New York: Norton].

ACTIVIDADES

1. Compare la clasificación de los Mecanismos de Defensa que propone Anna Freud, con la descrita en este capítulo. Consulte para ello la obra:

FREUD, A. (1973). *El Yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós.

2. Siguiendo las indicaciones de Sullivan en la obra que se cita, elabore un esquema de los aspectos y etapas fundamentales de la entrevista terapéutica:

SULLIVAN, H. S. (1987). *La entrevista psiquiátrica*. Buenos Aires: Psique.

3. Efectúe un comentario de alguno de los casos relatados por Erikson. Los casos se encuentran mayoritariamente en su libro *Infancia y sociedad* (1950), en las siguientes páginas:

Caso Sam: pp. 21-32

Caso del Infante de Marina: pp. 32-39

Caso Ann: pp. 41-45

Caso Peter: pp. 45-50

Caso Jean: pp. 176-187

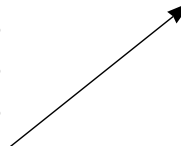
Caso Mary: pp. 202-211

4. Lea el trabajo de Heinz Kohut: *Los dos análisis del Sr. Z* (véase ref.) y coméntese los cambios de finalidad y método entre una y otra etapa del tratamiento:

KOHUT, H. (2002). *Los dos análisis del Sr. Z*. (pp. 17-89). Barcelona: Herder.

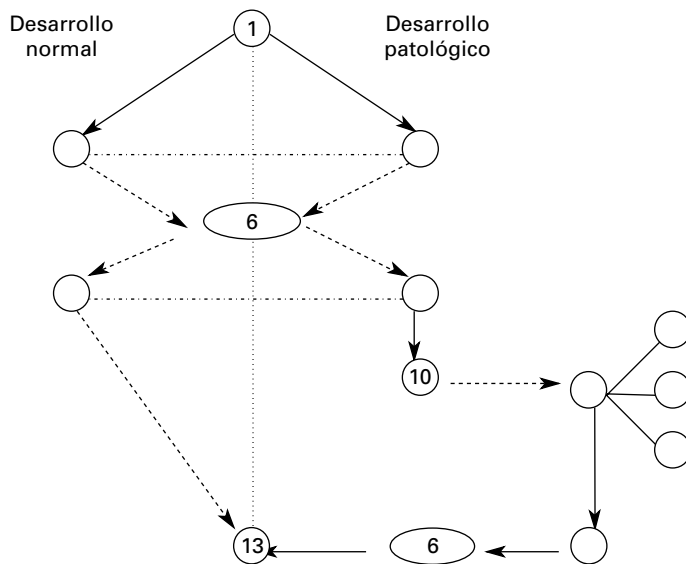
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

Ejercicio 1. Une con flechas los siguientes autores con los conceptos más característicos de sus aportaciones teóricas. Toma en consideración que algunos autores y/o conceptos pueden recibir o no más de una flecha. Por ejemplo, la internalización transmutadora descrita por Kohut, permite al individuo obtener las funciones de los objetos del *Self* que le brindan autonomía y madurez.

(1) Hartmann •	• Internalización transmutadora (A)
(2) Loewenstein •	• Autonomía del Yo (B)
(3) Sullivan •	• Mecanismos de defensa del Yo (C)
(4) Erikson •	• Zona libre de conflicto (D)
(5) Kohut •	• Adaptación del sujeto a la realidad (E)
(6) Anna Freud •	• Sentimiento de identidad (F)
(7) Rapaport •	• Psicoanálisis interpersonal (G)
- 

Ejercicio 2. Kohut es un autor que, básicamente, se nutre de la práctica clínica para elaborar sus teorías. Considera, por tanto, que las formulaciones psicoanalíticas deben tomar como base las observaciones localizadas en el curso de la sesión analítica. En base a ello completa el siguiente mapa conceptual sobre las aportaciones más importantes de la Psicología del Sí-mismo. Te ofrecemos en un listado (en el que hemos alterado el orden) los elementos más característicos de este mapa.

1. Análisis del self desde la perspectiva de Kohut
2. Alter-ego
3. Especular
4. Maduración objetos del self arcaicos
5. Problemas en la Internalización de objetos
6. Internalización transmutadora
7. Internalización de objetos adecuado
8. Self no-cohesivo
9. Transferencia narcisista
10. Tratamiento analítico
11. Idealizadora
12. Self cohesivo
13. Salud mental



Ejercicio 3. Responda a la siguiente pregunta cerrada que se formula a continuación:

- La noción de defensa resulta fundamental para la función de control de las pulsiones. Desde el punto de vista clínico ¿cuál de los siguientes mecanismos de defensa propuestos por los psicoanalistas de la Psicología del Yo podría considerarse como una defensa inmadura?: a) humor; b) anticipación; c) regresión; d) sublimación.

Ejercicio 4. Responda a la siguiente pregunta cerrada que se formula a continuación:

- Para Sullivan, el sistema del Yo contiene organizaciones elaboradas a partir de la experiencia con otras personas, a las que denomina: a) dinamismos; b) personificaciones; c) modos de experiencia; d) necesidades.

Ejercicio 5. Responda a la siguiente pregunta cerrada que se formula a continuación:

- Erikson en su teoría nos ofrece un nuevo enfoque al considerar los sueños, de forma que los considera como: a) no interpretables; b) relacionados con cada etapa psicosocial; c) una forma de resistencia, en concreto resistencia de identidad; d) con poca importancia clínica.

Ejercicio 6. Ordene y defina las siguientes fases del ciclo vital según Erikson, marcando en cuales puede darse la crisis de identidad (tenga en cuenta que en la tabla que sigue las fases están desordenadas).

Orden de la fase (1 a 8)	Denominación de la fase del ciclo vital	Definición breve	¿Puede darse aquí la crisis de identidad?
	Autonomía vs. Vergüenza y Duda		
	Identidad vs. Confusión de rol		
	Integridad del yo vs. Desesperación		
	Iniciativa vs. Culpa		
	Generatividad vs. Estancamiento		
	Intimidad vs. Aislamiento		
	Confianza básica vs. Desconfianza básica		
	Industria vs. Inferioridad		

RESPUESTAS CORRECTAS

Ejercicio 1: 1 – D; 2 – E; 3 – G; 4 – F; 5 – A; 6 – C; 7 – B

Ejercicio 2: Desarrollo Normal: 1 – 12 – 6 – 7 – 13

Desarrollo Patológico: 1 – 8 – 6 – 5 – 10 – 9 – 11 – 3 – 2 – 4 – 6 – 13.

Ejercicio 3: c)

Ejercicio 4: b)

Ejercicio 5: c)

Ejercicio 6: consúltase el apartado correspondiente del capítulo, donde están las respuestas, para evitar redundancias innecesarias.

Capítulo 6

Melanie Klein y el pensamiento kleiniano contemporáneo. La escuela británica de relaciones objetales: Fairbairn. Los independientes: Winnicott

*Alejandro Ávila Espada, Carlos Rodríguez Sutil
y Javier Castelo Berastegui*

Guión-Esquema

Objetivos

1. Introducción
2. Melanie Klein y el pensamiento kleiniano contemporáneo.
 - 2.1. Aspectos teóricos
 - 2.2. Aspectos técnicos
 - 2.3. La evolución del pensamiento kleiniano: W. R. Bion
3. La escuela británica de relaciones objetales: R. Fairbairn
 - 3.1. Aspectos teóricos
 - 3.2. Aspectos técnicos
 - 3.3. Influencia de la obra de Fairbairn en el psicoanálisis actual
4. Los independientes: D. W. Winnicott
 - 4.1. Aspectos teóricos
 - 4.2. Aspectos técnicos
 - 4.3. La influencia de Winnicott en el psicoanálisis contemporáneo. Otras figuras independientes

Resumen y conclusiones

Bibliografía básica y Lecturas recomendadas

Actividades

Ejercicios de autoevaluación

Palabras clave

Escuela inglesa, Melanie Klein, Ronald Fairbairn, Relaciones Objetales, D. W. Winnicott, Independientes.

GUIÓN-ESQUEMA

En este capítulo vamos a estudiar la denominada «Escuela Inglesa» en psicoanálisis, así como otras perspectivas derivadas o diferenciadas a partir de la misma. En primer lugar, las aportaciones de Melanie Klein y sus discípulos; posteriormente, un desarrollo teórico de especial relieve, la teoría de las relaciones objetales formulada por Ronald D. Fairbairn y, finalmente, estudiaremos a los «independientes» que, en torno a una figura clave en el psicoanálisis contemporáneo, Donald Winnicott, han trazado una nueva dirección.

Melanie Klein va a significar un cambio de dirección en las teorías psicoanalíticas. En su obra se puede apreciar la riqueza de las observaciones clínicas, así como un conjunto de influencias, principalmente de Sigmund Freud, Sándor Ferenczi y, sobre todo, de Karl Abraham. Es la iniciadora del pensamiento psicoanalítico en el que se formula la teoría de las relaciones objetales (desarrollada por sus discípulos: Ronald Fairbairn, Hanna Segal, Paula Heimann, Donald Meltzer y Herbert Rosenfeld). Examinaremos a continuación los principales conceptos aportados por la teoría kleiniana. Se trata de su concepción de la angustia, la fantasía inconsciente, los objetos internos, la teoría de las posiciones (posición esquizo-paranoide y posición depresiva), la revisión de la teoría del conflicto edípico (Edipo temprano y Superyo temprano), y finalmente el concepto de Envidia. En cuanto a los aspectos técnicos destaca la utilización del juego en los niños, como asociación libre que permite acceder a la fantasía inconsciente y la angustia que de ella se deriva.

A partir del pensamiento kleiniano emerge una figura singular: Wilfred R. Bion, quien tendrá una especial proyección por su teoría del pensamiento, clave para la comprensión de los procesos psicóticos.

A continuación se revisa la obra de Fairbairn, un autor que, dentro del movimiento psicoanalítico, es sorprendentemente original, y que es un directo antecedente del psicoanálisis relacional y de las diferentes posiciones psicoanalíticas, en las que se acepta que la subjetividad se deriva de la relación con el objeto. Fairbairn siempre estuvo en contra de las concepciones energéticas en psicoanálisis, y en su madurez afirmó que lo que busca la libido desde el inicio no es la descarga sino al objeto. Entre las aportaciones teóricas fundamentales se cuenta también la introducción de la posición esquizo-paranoide en la base de la estructuración psíquica, por lo que la escisión psicótica es el fondo de toda personalidad. Las neurosis serían formas de defensa ante las ansiedades básicas (psicóticas). Fairbairn elaboró igualmente una metapsicología propia y describió una estructura del psiquismo diferente de la freudiana en término de relaciones objetales. Así, el objetivo de la psicoterapia no es tanto analizar la culpa o los conflictos inconscientes sino hacer salir los objetos malos interiorizados.

Finalmente se pasa a estudiar las aportaciones de un grupo de psicoanalistas denominados «independientes» porque no se posicionaron ni a favor de Melanie Klein, ni a favor de la ortodoxia freudiana, en las famosas «Controversias». El autor clave en esta línea de pensamiento es D. W. Winnicott, aunque cabe situar a otros, entre ellos el controvertido Masud Khan, y el continuador de la Escuela húngara inaugurada con Ferenczi, Michel Balint.

OBJETIVOS

Al finalizar el estudio de este capítulo, el lector/a debería ser capaz de:

1. Caracterizar qué autores forman parte de la denominada «Escuela inglesa», con especial atención a su figura central, Melanie Klein.
2. Identificar los principales conceptos del pensamiento kleiniano que suponen avance o innovación respecto del pensamiento freudiano, especialmente la teoría de las posiciones, los conceptos de Edipo y Superyo tempranos, fantasía inconsciente, envidia, etc.
3. Conocer las aportaciones que Bion hace al modelo kleiniano, especialmente en torno a la comprensión de los procesos de pensamiento en la psicosis.
4. Identificar los conceptos principales de la teoría de las relaciones objetales formulada por R. Fairbairn, señalando las diferencias entre esta y el pensamiento kleiniano.
5. Establecer las líneas de identidad del pensamiento independiente, y de su figura central, D.W. Winnicott., señalando en qué medida la práctica psicoanalítica se transforma a partir de este autor.
6. Trazar la singularidad de las aportaciones de Michael Balint, sus nexos con Ferenczi, y su proyección en la psicoterapia actual.

1 INTRODUCCIÓN

Todavía en vida de Freud, la especial y profunda personalidad de Melanie Klein vino a revolucionar el psicoanálisis. Es quizás la única personalidad del mundo del pensamiento psicoanalítico que, sosteniendo tesis netamente diferentes de las freudianas, es sin embargo aceptada y promovida por la institución psicoanalítica, aunque no sin tensiones, como podrá constatarse en las famosas controversias sostenidas entre 1942 y 1944 en el seno de la *Sociedad Británica de Psicoanálisis* con Anna Freud y los representantes de la ortodoxia freudiana. El agudo mentalismo de Klein contrasta con el fuerte ambientalismo de autores conexos a su pensamiento, pero luego netamente diferenciados, como Ronald Fairbairn, Donald Winnicott y Michael Balint. De todos ellos, más algunas de las figuras destacadas que emergen en este entorno, como Bion, nos ocuparemos en este capítulo.

2. MELANIE KLEIN Y EL PENSAMIENTO KLEINIANO CONTEMPORÁNEO

Melanie Klein (1882-1960) va a significar un cambio de dirección en las teorías psicoanalíticas. La vida y obra de Melanie Klein ha sido objeto de algunas revisiones destacadas (Segal, 1993; y sobre todo la de Grosskurth, 1990). Entre sus aportaciones destacan los conceptos de posiciones del desarrollo, la revisión de la teoría del conflicto edípico, la teoría de las relaciones objetales (desarrollada o modificada por sus discípulos: Ronald Fairbairn, Hanna Segal, Paula Heimann, Donald Meltzer y Herbert Rosenfeld). Este último resumirá y desarrollará sus procedimientos de trabajo con las psicosis en el libro «Estados Psicóticos» (Rosenfeld, 1978). Y, sobre todo, a partir del pensamiento kleiniano emergerá una figura singular: Wilfred R. Bion.

Cuadro 1. Reseña biográfica de Melanie Klein (1882-1960)

Melanie Klein nace en Viena el 30 de marzo de 1882 en el seno de una familia judía. Su padre estudió Medicina y fue hombre culto pero eclipsado por el carácter de su esposa. Su madre regentaba un comercio y mantenía a la familia, que sufrió dificultades económicas. Del matrimonio nacieron tres niños en rápida sucesión, siendo Melanie la cuarta. Inició estudios de medicina que luego interrumpió para dedicarse al arte y la historia.

Se casa en 1903 con un ingeniero químico, con el que se establece en Hungría, donde nacen sus dos primeros hijos. Poco después comienza a sufrir un fuerte y prolongado estado depresivo. En 1914 nace su tercer y último hijo, y a finales de ese año muere su madre, agravándose su depresión, lo que la lleva a iniciar su análisis con Ferenczi. En esa época se interesa en los escritos de Freud acerca de los sueños. Se conocerán en 1918. Ferenczi apoyará que se dedique al psicoanálisis de niños en una policlínica en Budapest, y en julio de ese año Klein expone su primer trabajo, «La novela familiar *in statu nascendi*», mediante el cual es aceptada como miembro de la *Sociedad Psicoanalítica Húngara*.

Tras separarse de su marido, marcha con sus hijos a Berlín, donde se integró en 1921 en el grupo de Karl Abraham, con quien se analizó poco antes de la muerte de éste. En Berlín elaboró muchos de sus principales conceptos y publicó bastantes trabajos. En 1925 fue invitada por Ernest Jones para dar un ciclo de conferencias sobre el análisis de niños en la *Sociedad Británica de Psicoanálisis*. Decidió instalarse en Inglaterra al año siguiente. En Marzo de 1927 comienzan las diferencias con Anna Freud sobre el análisis de niños, con ocasión del *Simposio sobre Análisis Infantil*. En octubre de ese año Klein es elegida miembro plenario de la Sociedad Británica.

El período 1928-1939 es el más productivo en la vida de M Klein. En 1932 se publica «El Psicoanálisis de niños». Esta obra será el inicio de la polémica con los psicoanalistas ortodoxos (en torno a Glover) polémica que se radicalizará entre 1942 y 1944, tras la publicación de «Contribución al estudio de la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos» (1935) y «El duelo y sus relaciones con los estados maníaco-depresivos» (1945, en obras completas, Klein 1989), y que llevará a Glover a dimitir de la presidencia de la *Sociedad Británica de Psicoanálisis*.

En 1934 muere en un accidente el segundo hijo de Klein. Alemania invade Austria, y Freud llega a Londres. En la reunión anual de la Sociedad Británica (julio de 1942) se acuerda realizar encuentros periódicos dedicados a la discusión de las diferencias científicas. Las reuniones se extienden a lo largo de dos años, se las conoce como las «Controversias», en dichas



reuniones se debatían, tanto cuestiones de orden interno, como el papel de la fantasía inconsciente, el análisis de niños, y otros puntos de la teoría Psicoanalítica.

Finalmente, en la *Escuela Británica* (García de la Hoz, 2000) se diferencian tres grupos de psicoanalistas en Londres: los del grupo «A» liderado por Klein, que entre su seguidores contaba con P. Heiman, H. Segal, S. Isaacs, W. R. Bion, etc. El grupo «B» (*Freudiano*) encabezado por Anna Freud, mantenedora de la ortodoxia y cuyas teorías se ampliaron en la Psicología del Yo norteamericana (véase Capítulo 5), y el Grupo «C», denominado de los *independientes*, entre los que estaban D. W. Winnicott, Masud Khan (discípulo del anterior) y Michael Balint (continuador de la Escuela Húngara inaugurada con Ferenczi; véase Capítulo 4).

En 1949 se celebra en Zurich el 16º Congreso Psicoanalítico Internacional, que Klein vive como un triunfo del *annafreudismo*. En 1957 publicará «Envidia y Gratitude» (Klein, 1989c) y tras su fallecimiento en 1960 aparecerán varias obras, entre ellas la conocida «Historia de un caso de análisis infantil» (Klein, 1989b) que relata el tratamiento psicoanalítico de un niño de diez años; caso clínico que ha ejercido notable influencia posterior. Su última década fue sumamente difícil a causa de la fuerza que tenían sus opositores. Klein sufre una anemia grave y, finalmente, tras detectársele un cáncer de colon muere en septiembre de 1960.

Melanie Klein se preocupó más en derivar teorías de la clínica que realizaba, que en elaborarlas de una forma sistemática. Probablemente sea uno de los discípulos de Freud más creativos, menos apegados a la ortodoxia. Junto a la riqueza de las observaciones clínicas, su obra recoge un conjunto de influencias: Sigmund Freud, Sándor Ferenczi y, sobre todo, Karl Abraham.

Cuadro 2. Las obras de Melanie Klein

Las **Obras Completas** de Melanie Klein están estructuradas inicialmente en 4 volúmenes, más algunos desarrollos posteriores:

- Amor culpa y reparación y otros trabajos. Obras completas: Tomo I, Buenos Aires: Ediciones Paidós, 1989.
- El psicoanálisis de niños (1932). Obras completas: Tomo II, Buenos Aires: Ediciones Paidós, 1989 [obra que se divide en dos partes: *La técnica de análisis del niño* y *Situaciones tempranas de ansiedad y su efecto sobre el desarrollo del niño*, donde incluye trabajos relevantes



como: *Fundamentos psicológicos del análisis de un niño*, *La técnica del análisis temprano*, *Los primeros estadios del conflicto de Edipo y de la formación del Superyó* y *El significado de las situaciones tempranas de ansiedad en el desarrollo del Yo*]

- Envidia y gratitud y otros trabajos. Obras completas: Tomo III, Buenos Aires: Ediciones Paidós, 1989
- Relato del psicoanálisis de un niño. Obras completas: Tomo IV, Buenos Aires: Ediciones Paidós, 1989
- Desarrollos en Psicoanálisis. Obras completas: Tomo V, Buenos Aires: Ediciones Paidós, 1989 (con P. Heimann, S. Isaacs y J. Riviere).
- Nuevas direcciones en psicoanálisis. Obras completas: Tomo VI, Buenos Aires: Ediciones Paidós, 1989 (con P. Heimann, R. Money-Kyrle y otros).

Una selección de sus principales trabajos singulares:

- El desarrollo de un niño (1921) (su primer trabajo importante).
- Inhibiciones y dificultades en la pubertad (1922).
- Análisis infantil (1923).
- El papel de la escuela en el desarrollo libidinal del niño (1923).
- La técnica del análisis de niños pequeños
- Una contribución a la psicogénesis de los tics (1925).
- Principios psicológicos del análisis infantil (1926).
- Estadios tempranos del conflicto Edípico (1928).
- La personificación en el juego en los niños (1929).
- La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo (1930).
- La psicoterapia de las psicosis (1930).
- El desarrollo temprano en la conciencia del niño (1933).
- Contribución a la Psicogénesis de los estados maniaco depresivos (1935).
- Amor, culpa y reparación (1937) (con Joan Riviere).
- El duelo y su relación con los estados maniaco depresivos (1940).
- El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas (1945).
- Notas sobre algunos mecanismos esquizoides (1946).
- Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa (1948).
- Sobre los criterios para la terminación de un psicoanálisis (1950).



- Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante (1952).
- Los orígenes de la transferencia (1952).
- La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significación (1955).
- Sobre la identificación (1955).
- Envidia y Gratitud (1957).
- Sobre el desarrollo del funcionamiento mental (1958).
- Las emociones básicas del hombre (1960).
- Relato del psicoanálisis de un niño (1961 [1989d]).
- Sobre el sentimiento de soledad y Nuestro mundo adulto (1963).

2.1. Aspectos teóricos

Examinaremos a continuación los principales conceptos aportados por la teoría kleiniana. Estudiaremos su concepción de la angustia, la fantasía inconsciente, los objetos internos, la teoría de las posiciones (posición esquizo-paranoide y posición depresiva), Edipo temprano y Superyo temprano y, finalmente, el concepto de Envidia.

2.1.1. *La angustia*

Melanie Klein estaba interesada fundamentalmente en el abordaje de la angustia. Tras constatar que ésta disminuye con sus interpretaciones, lo subrayó la importancia de la interpretación cuando emerge «el punto de máxima angustia». Para Klein, tras la angustia está la *fantasía inconsciente*, mientras que en S. Freud la angustia era una condición de tensión, consecuencia del conflicto. Klein propone que la asociación libre queda impedida en el niño/a debido a la presencia de esta «gran angustia infantil», y subraya la importancia de analizarla. Para Klein, la interpretación debe dirigirse a las fantasías negativas (agresivas, destructivas, etc.) del niño, que son las provocadoras de la mayor angustia. A la vez, esas interpretaciones fomentan la alianza terapéutica.

2.1.2. *Fantasía Inconsciente*

Cuando introdujo su nueva técnica del juego, Klein pudo observar la gran profusión de fantasías que discurrían en el niño, de lo que infirió que siempre operaban fantasías básicas en el inconsciente infantil, que dirigían su conducta. La *fantasía inconsciente* se define como la expresión mental de los instintos y existe desde el comienzo de la vida.

Como Hanna Segal señala en su *Introducción a la Obra de Melanie Klein*: «Lo que Freud describe como realización alucinatoria de deseos se basa según Klein en que una fantasía inconsciente acompaña y expresa el impulso instintivo» (Segal, 1993). Por un lado, mientras el psicoanálisis ortodoxo planteaba que existe, o bien la realidad, o bien la fantasía (Freud introdujo la noción de fantasía cuando abandonó la teoría de la seducción), por otro, Klein, y especialmente sus seguidores, plantearon que la fantasía inconsciente acompañaba a toda experiencia de realidad, de manera que toda la actividad psíquica se realiza sobre la base de relaciones fantaseadas con los objetos.

Klein sostiene que estas fantasías son al comienzo de carácter agresivo y están fundamentalmente dirigidas a objetos parciales de una madre fantaseada como escindida en partes gratificantes y frustrantes, para posteriormente, dirigirse a otros objetos relacionales. También la fantasía puede ser considerada como una defensa, tanto contra la realidad externa, como interna. La fantasía es intrapsíquica, se dirige al objeto, ya no es solo una actividad narcisista como Freud y Ferenczi sostenían hasta ese momento.

Hanna Segal señala que «Klein amplió mucho el concepto freudiano de fantasía inconsciente y le dio mayor importancia. Las fantasías inconscientes están siempre presentes y siempre activas en todo individuo. Es decir, que su presencia no es índice de enfermedad ni de falta de sentido de la realidad; lo que determinará el estado psíquico del sujeto es la naturaleza de estas fantasías inconscientes y su relación con la realidad externa» (Segal, 1993).

2.1.3. *Objetos Internos*

Podemos considerar a Klein la fundadora de la *Teoría de las Relaciones Objetales* —así se deja entrever a lo largo de toda su teoría en la que nos habla de la importancia del objeto externo—. Sin embargo, Klein pone un especial énfasis en la dinámica interna del individuo y en los conflictos con sus objetos internos y con las pulsiones, principalmente la pulsión de muerte. Tal y como señala Hinshelwood (1989), el objeto interno: «Es una experiencia o fantasía inconsciente de un objeto concreto localizado físicamente en el interior del yo (cuerpo) por vía de los mecanismos de defensa, que tiene sus propios motivos e intenciones hacia el yo y hacia otros objetos».

En definitiva, el objeto interno es una experiencia de un objeto situado en nuestro interior. Se construye fundamentalmente desde la experiencia del objeto externo, pero modificado, distorsionado —podríamos

decir— pues también se plasma, mediante la **proyección**, la percepción y experiencia que se tiene de esos objetos externos.

Para M. Klein el infante se relaciona desde el nacimiento con objetos que ya presentan una distinción primitiva respecto al yo. Estas relaciones derivan de la aptitud innata del infante para interpretar sus sensaciones corporales: *objetos buenos* que causan sensaciones placenteras u *objetos malos* que le causan sensaciones de displacer. Klein sostiene que los procesos introyectivos están activos, creando objetos internos desde el nacimiento.

Estos objetos internos, además, son una imagen fantasmáticamente distorsionada de los objetos reales (los padres externos), los cuales se instalan, no solo en el mundo externo, sino que a través de un proceso de incorporación, se instalan también en el Yo. Al comienzo, estos estados de relación con objetos fantasmáticamente buenos o malos se generan en virtud de la proyección repetida del objeto interno fantástico sobre un objeto, y de una **reintroyección** del objeto distorsionado que enriquece al objeto interno. La consecución de un objeto interno bueno y estable, con el cual nos identifiquemos, es la base de una personalidad estable y segura. Así, el bebé que dispone de una madre que le brinda la oportunidad de introyectar una relación de objeto positiva y segura, dispone de las bases para un desarrollo emocional adecuado y la construcción de un Sí mismo fuerte y diferenciado.

2.1.4. Posiciones

Klein plantea que hay dos posiciones fundamentales en los comienzos del desarrollo evolutivo humano, la *esquizoparanoide* (propuesta inicialmente por Fairbairn) y la *depresiva*. La primera, predomina desde el nacimiento hasta los 4-6 meses, la segunda, desde ese momento hasta el final del primer año. Aunque exista esta delimitación cronológica, sobre cuando se instauran, se define una posición como una *modalidad específica de relaciones de objeto*, no como períodos cronológicos. Debemos entender las posiciones, más que como fases, como modos de relación con los objetos, modos que continúan funcionando posteriormente a la época de su aparición. Para Klein (1989), cada posición tiene su tipo de ansiedad predominante, su tipo de defensa y su tipo de relación objetal. Esta concepción evolutiva se superpone a las ya clásicas fases del desarrollo psicosexual (oral, anal y genital) pues las posiciones se pueden producir simultáneamente en cada una de las fases, a las que Klein consideraba solapadas.

Cuadro 3. Teoría de las Posiciones según Melanie Klein***Posición Esquizo-paranoide:***

Klein la considera el primer tipo de relación de objeto. Está caracterizada por una gran profusión de aspectos libidinales y agresivos. En esta posición se parte de una **escisión** en los objetos, objetos parciales, que se van integrando hasta su consecución como objetos totales en la siguiente posición.

El bebé no puede diferenciar el Yo del no Yo. Por ello separa lo doloroso o malo de lo gratificante o bueno, y focalizará estos aspectos sobre el pecho materno o su sustituto, construyendo dos *objetos* parciales, que en la teoría kleiniana toman esa denominación: *pecho bueno* y *pecho malo* (o persecutorio). Se pondrán en marcha entonces los mecanismos de defensa necesarios: la proyección y la introyección, mecanismos al servicio de mantener lo bueno dentro y lo malo fuera.

Es decir, para Klein, la libido que contiene el Yo se proyecta en el pecho generando la fantasía en el bebé de que este pecho es bueno. Por el contrario a la proyección del instinto de muerte en el pecho, también como objeto parcial, se le llega a vivir como persecutorio y amenazador; así podríamos decir que el pecho queda disociado en uno bueno y otro persecutorio. Como subraya H. Segal «El bebe ama al objeto bueno, ideal, trata de conservarlo, mientras que en el objeto malo ha proyectado su agresión, viviéndolo como amenaza. Trata de guardarlo (al bueno) dentro de si e identificarse con él, y de mantener fuera al objeto persecutorio y a la parte del yo persecutorio» (Segal, 1993). La introyección del *pecho bueno* constituye el *núcleo del Yo*.

Si a lo largo de esta dinámica las experiencias positivas son superiores a las negativas, el bebé percibe la fortaleza de su Yo a medida que estos procesos avanzan, lo que permite que se produzca una integración evolutiva facilitadora del paso a la siguiente posición.

Klein nos señala en sus *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides* (1946): «En la temprana infancia surgen las ansiedades características de las psicosis... en este periodo se encuentran los puntos de fijación de todas las perturbaciones psicóticas...he expuesto a menudo mi punto de vista de que las relaciones de objeto existen desde el comienzo de la vida, siendo el primer objeto el pecho de la madre, que es escindido en un pecho bueno (gratificador) y en un pecho malo (frustrador), conduciendo esta escisión a una separación entre amor y odio».

Klein plantea que en este proceso, la angustia predominante es la *paranoide*. Esta posición surge dominada por los impulsos destructivos, por el sadismo. El pensamiento concreto esta instaurado en esta posición. La relación con el objeto es parcial.



Los mecanismos de defensa más utilizados en esta posición son: *escisión, proyección e introyección, idealización, identificación proyectiva, negación mágica* y el *control omnipotente del objeto*. Estos momentos iniciales se caracterizarían por un Super-yó sádico temprano. La envidia —y no los celos— se desarrollará en este momento evolutivo. El mecanismo de escisión que opera con intensidad en esta posición permitirá la posterior discriminación entre lo bueno y malo.

Posición depresiva:

En esta posición se observa un mayor desarrollo de las funciones yoicas y de la organización fantasmática del bebé, la instauración —el predominio— del pecho bueno, que va progresivamente haciéndose más constante, disminuye los procesos de escisión y los estados de integración son cada vez más frecuentes.

Al presentarse la madre como objeto total resulta que ya es el mismo objeto al que se ama y odia, produciéndose un importante conflicto con la ambivalencia. Es esta ambivalencia la que produce la ansiedad. Comenta Klein en el mencionado trabajo: «Cuando el bebe empieza a ver a la madre como objeto total sus fantasías y sentimientos sádicos y canibalísticos están en pleno auge, al mismo tiempo experimenta un cambio en la actitud emocional con la madre. La fijación libidinal del niño respecto al pecho se transforma en sentimiento hacia ella como persona. De este modo se experimentan sentimientos de carácter destructivo y amorosos hacia uno y el mismo objeto, y esto da lugar a profundos y conmovedores conflictos en la mente del niño».

La confluencia de amor y odio hacia el objeto da origen a la tristeza que Klein denomino *angustia depresiva*. El bebé alcanza suficiente madurez física y emocional para reunir las versiones y percepciones fragmentadas de sí mismo y de los objetos. El objeto, cada vez mas total, se vivencia como dañado, arruinado por la propia destructividad del niño.

Cuando la ansiedad predominante es la pérdida y destrucción del objeto amado, se logra el pensamiento abstracto (gracias al proceso de formación de símbolos que se da en esta posición), con lo que se instaura el principio de realidad.

Con respecto a las defensas, se da un mayor número de mecanismos introyectivos y una disminución de los proyectivos. Los mecanismos psicóticos van cediendo paso a los neuróticos, como la represión, el desplazamiento etc. El bebé se da cuenta de cuánto depende de su objeto, al que vive ya como persona independiente de él, e intenta reparar para que los impulsos destructivos no lo anulen, tanto interna, como externamente. La culpa se empieza a sentir aquí, proveniente de la ambivalencia comentada, y hace surgir los elementos reparatorios (la gratitud). Las patologías asociadas con esta posición son las neuróticas.

2.1.5. *Edipo temprano y Superyó temprano*

La idea de un Superyó y un *Edipo* operando desde muy temprano en la mente infantil es uno de los primeros postulados de Melanie Klein. Para ella el *Complejo de Edipo* se hace presente en la segunda mitad del primer año de la vida, apareciendo normalmente en plena posición depresiva infantil donde, a las ansiedades persecutorias precedentes, se añaden ahora las depresivas.

En la posición depresiva, el bebé experiencia a los progenitores como seres separados, percibe el vínculo que existe entre los padres, preparando la situación para confrontarse con el *Complejo de Edipo*. En él, la proyección desfigura todas sus percepciones y, cuando el bebé se percata del vínculo libidinal existente entre sus padres, proyecta en ese vínculo sus propios deseos libidinosos y agresivos. Klein sugiere que el bebé fantasea que intercambian gratificaciones en una permanente unión, produciéndole esta situación fuertes sentimientos de celos y envidia. El sentimiento resultante es que esos padres han sido destruidos por sus fantasías, al igual que su Yo que los reintroyecta.

Este estadio de *Edipo temprano* se caracteriza por la intensidad de la ambivalencia, el predominio de tendencias orales y la incierta elección de objeto sexual. A medida que avanza el desarrollo va predominando el fin genital (aunque las fantasías orales continúen de alguna forma actuando). Con su predominio, fluctúa cada vez menos la elección entre ambos padres, y se realiza una elección mas definida del progenitor del sexo opuesto, también aumenta la rivalidad e identificación con el progenitor del mismo sexo. Un mayor sentido de realidad trae consigo que el niño/a perciba su propio sexo, preparándose poco a poco para el escenario del complejo de Edipo clásico descrito por Freud.

Klein, en una primera etapa de su teoría, sostiene que el origen del Superyó es la introyección de los padres *Edípicos* pero que su inicio es anterior a la descripción de Freud. Para Klein, el Superyó (al principio de carácter sádico) es precoz, arraigado en las primeras experiencias de la vida, rechazando la tesis de Freud de que el Superyó sea el *heredero* del complejo de Edipo. Klein sostiene que esas figuraciones internalizadas de los padres que atacan al Yo son fenómenos de la misma categoría que el Superyó de Freud, y por ello lo ve enraizado con la angustia persecutoria. Este modo de concebir el origen del Superyó implica que su función puede ser asumida por diferentes objetos internos, correspondientes a distintos momentos introyectivos y proyectivos. Para Klein el complejo de Edipo freudiano no es más que la etapa final del desarrollo infantil normal, prolongado a lo largo de los años posteriores.

2.1.6. *Envidia*

Klein considera el fenómeno de la *envidia temprana* como perteneciente al mundo interno del bebé, presente desde el nacimiento con especial intensidad. Un fenómeno que depende en gran medida de factores constitucionales (intensidad del instinto de muerte, respecto del de vida) y que interviene tanto en el desarrollo normal del bebé como en el patológico.

Para Klein, la envidia es la primera manifestación del instinto de muerte. Es característica de la envidia su tendencia a establecer relaciones de objeto agresivas con el objeto bueno, no con el perseguidor. A causa de dichos ataques envidiosos por los que el bebé siente que destruye al objeto bueno, este se puede constituir también en fuente de persecución. En la envidia, el objetivo es ser uno mismo tan bueno como el objeto pero, cuando esto se convierte en imposible, el mencionado objetivo se transforma en arruinar lo que de bueno posee el objeto para suprimir la fuente de envidia.

La envidia es un sentimiento que daña la capacidad de gozar, pues no permite el adecuado establecimiento del objeto interno bueno, siendo, en definitiva, la destrucción de una fuente de vida. Tiene mucha importancia en las patologías derivadas de ambas *posiciones*, pues al atacar al objeto bueno lo convierte en malo y perseguidor, con lo que el objeto bueno a introyectar queda empobrecido o destruido. La contrapartida a la envidia es el sentimiento de *gratitud*, derivado de la capacidad de amar y de la elaboración de la ansiedad depresiva (dinámica culpa - reparación).

En el desarrollo sano, como subraya Segal:

«... la envidia se integra mas. La gratificación que produce el pecho provoca admiración, amor y gratitud a la vez que envidia. Estos sentimientos entran en conflicto en cuanto el yo comienza a integrarse, y si la envidia no es abrumadora, la gratitud supera a la envidia, atemperándola. Así se da un círculo positivo, a medida que aumenta la gratificación disminuye la envidia. La disminución de la envidia permite mayor gratificación y esto, a su vez, estimula la disminución de la envidia, lo que permitirá la introyección con bondad y gratitud del pecho bueno, haciéndose parte de un yo caracterizado por su también mayor bondad» (Segal, 1993).

En su obra *Envidia y Gratitud* (1989c), Klein diferencia la envidia de los celos. Ubica estos últimos en un entramado *edípico*, una época de la vida donde se diferencian bien los objetos, donde se desea poseer al objeto amado, excluyendo al rival y, por tanto, viéndolos en una relación triangular. En la envidia no existe un *tercero*. Los celos se ubican dentro

de una relación de objeto total, mientras que la envidia se experimenta en función de relaciones con objetos parciales, aunque pueda permanecer con una relación de objeto total.

2.2. Aspectos técnicos: El juego

Klein descubre en su práctica clínica cómo los niños muestran sus ansiedades y fantasías de forma natural a través del juego, expresándolas así simbólicamente. Por ello se decide a emplear el juego activamente en la clínica como una herramienta técnica. Como consecuencia, aplica las reglas de la interpretación de los sueños a los juegos, considerando las respuestas del niño como asociaciones que son reinterpretadas por el terapeuta. En su consulta pone a disposición de los niños juguetes, tijeras, cordeles, para que maniobren espontáneamente con ellos, etc. Esto le permite descubrir la trama asociativa que acontece tras el juego. Klein consideraba que la transferencia ya se establece en esos momentos tempranos, es observable en el vínculo con el analista mediante el juego, y es analizable. Este tema fue uno de los más debatidos en las «Controversias» con Anna Freud, quien sostenía que los niños pequeños no desarrollaban transferencia.

Cuadro 4. Principales controversias entre Melanie Klein y Anna Freud

- **M. Klein criticó «los métodos elaborados y problemáticos» que proponía Anna Freud para ganar la confianza del niño en el período inicial del tratamiento.** La opinión que tenía M. Klein sobre favorecer una transferencia positiva era que sólo favorecía la negación del niño de sus sentimientos más inaceptables y hostiles. Para M. Klein el período preparatorio para el análisis infantil era intrínsecamente erróneo. Anna Freud lo consideraba indispensable para el tratamiento.
- **Distintas actitudes ante el entorno del niño:** Anna Freud persigue objetivos pedagógicos, reeducadores, socializadores, en función de las circunstancias de cada niño. M. Klein no se refiere en ningún momento a las características de los padres, ni a las condiciones económicas y sociales, como hacía Anna Freud.
- **La técnica del Juego** en M. Klein consistía en ofrecerle al niño una pequeña cantidad de juguetes sencillos con los cuales pudiera representar su vida de fantasía. **Proponía una técnica nueva para el análisis infantil**
 - Las estructuras que FREUD había descrito en el niño edípico, (Yo, Ello y Superyo) las trasladó a niños más pequeños. El niño pre-edípi-



co, según Anna Freud, no tenía un Yo suficientemente desarrollado para poder asociar libremente. Ni tampoco podía tener controles internos firmemente establecidos para sus propios impulsos eróticos y agresivos, ya que el Superyó (la prohibición paternal que el niño internaliza con respecto al deseo incestuoso), era, según Freud, «*el heredero del complejo de Edipo*».

- M. Klein propone explorar el significado de los sentimientos más profundos del niño (la fantasía inconsciente) y lograr acceder a ellos a través de **la interpretación del juego**, en el contexto de la transferencia desplegada con el analista.
 - Para Ana Freud, el analista no es un intérprete del conflicto inconsciente, si no más bien, un adulto ejemplar con el cual el niño puede identificarse como parte de su educación, logrando autocontrol.
 - M. Klein critica a A. Freud al acusarla de utilizar una técnica tosca para enseñar al niño a controlar sus impulsos, ya que si el analista era al mismo tiempo educador y objeto de emulación, el niño nunca se sentiría libre de mostrar sus sentimientos.
 - Las estructuras que FREUD había descrito en el niño edípico, (Yo, Ello y Superyo) Klein las trasladó a niños más pequeños. El niño pre-edípico, según Anna Freud, no tenía un Yo suficientemente desarrollado para poder asociar libremente. Tampoco no podía tener controles internos firmemente establecidos para sus propios impulsos eróticos y agresivos, ya que no estaba formado el Superyó. Ni podía desarrollar transferencia, ya que tenía presentes a las figuras parentales.

[Para ampliar este tema el lector puede consultar la obra de P. King y R. Steiner, 2003]

La técnica del juego implica pues, tres vertientes: 1) Se puede considerar el juego como asociación libre; 2) la interpretación que puede hacerse del sentido del juego es modificadora de la angustia subyacente (Incluyendo la interpretación de la transferencia); 3) El juego actúa como una «expulsión» (un tipo de defensa de carácter proyectivo). De esta forma, la asociación libre expresada a través del juego es el correlato observable de la fantasía inconsciente asociada y de la angustia. Una abundante casuística de la clínica kleiniana ha sido recogida por Hinshelwood (1999).

2.3. La evolución del pensamiento kleiniano: W. R. Bion

En torno a Melanie Klein surgieron destacadas figuras en la escuela inglesa. Algunas fueron ardientes defensoras y desarrolladoras de las teorías de Klein (Hanna Segal, Susan Isaacs, Betty Joseph, entre otros muchos), mientras que otras introdujeron orientaciones o temáticas que ampliaron el panorama teórico o técnico, y han supuesto aportaciones diferenciadas muy relevantes: Paula Heimann, Roger Money-Kyrle, Heinrich Racker, Herbert Rosenfeld, Donald Meltzer y, sobre todo Wilfred R. Bion. Consideraremos brevemente algunas de estas figuras, y en especial la de Bion.

Hanna Segal es una de las difusoras del kleinismo más apegadas a las propuestas de la propia Klein. Cumplió un papel destacado al escribir la obra que mejor ha contribuido al conocimiento de la compleja y a veces oscura terminología kleiniana (Segal, 1993). En esta tarea, Hinshelwood ha sido brillante heredero y a la vez el mejor exponente actual del pensamiento kleiniano (Hinshelwood, 1989, 1999). Segal ha aportado también destacados trabajos teóricos y técnicos, en especial sobre la esquizofrenia (1950, 1957, 1962).

Susan Isaacs (1885-1948) fue una psicóloga y pedagoga inglesa, miembro de la *Sociedad Psicoanalítica Británica* en 1921, que se analizó con Otto Rank y Joan Riviere, antes de ser discípula fiel de Melanie Klein. Preciso algunos conceptos de su teoría (v.g. fantasía, 1948) y también técnicos (1988). Aplicó los métodos psicoanalíticos en una escuela experimental de Cambridge, donde se favorecía la expresión de los intereses sexuales precoces, y fue una pedagoga muy reconocida en Inglaterra por sus observaciones del desarrollo (Isaacs, 1930, 1933).

Una serie de autores muy próximos a Klein se interesaron por la **contratransferencia**. Sobre todo, Paula Heimann (1899-1982), procedente de la Sociedad Psicoanalítica Alemana y analizada con Theodor Reik. Heimann emigró a Londres por invitación de Jones, y ya en la *Sociedad Psicoanalítica Británica* se hizo muy amiga de Melanie Klein, con la que se reanalizó, fue discípula asidua y dio apoyo en las *Controversias*. A raíz de la publicación de su trabajo más importante (1950), donde aporta una visión de la contratransferencia que permite su utilización al servicio del análisis, se enfrentó a Melanie Klein y pasó al sector independiente. Sus trabajos y obra han sido compilados por Tonnesmann (1989). En una dirección similar está Heinrich Racker (1910-1961), polaco de origen, que estudió en Viena y se analizó con Jeanne Lampl-De Groot, hasta que emigró a Argentina. Allí entró en contacto con el pensamiento kleiniano, y se interesó principalmente por la contratransferencia, en una línea similar a

la de Heimann (Racker, 1968). Roger Money-Kyrle (1956) introdujo el concepto de contratransferencia normal, expresada como la adopción por el analista de un papel paternal frente a la actitud filial del paciente.

Pero la figura que más proyección ha tenido y tiene por la singularidad de su obra entre los discípulos de Melanie Klein ha sido Wilfred R. Bion (1897-1979). Nacido en la India de padre inglés, estudió en Inglaterra. Fue capitán en la primera guerra y, tras una etapa de profesor, cursó estudios de medicina. Contratado en la Clínica Tavistock como médico-asistente, trató adolescentes delincuentes o con trastornos de personalidad. En 1937 entra en contacto con John Rickman, con quien se analiza y luego desarrolla experiencias de grupo en el hospital militar de Northfield, experiencias que han quedado plasmadas en una obra muy conocida (Bion, 1961). En 1945 entra en análisis con Melanie Klein, cura que durará ocho años, y en la que Bion reivindicará la independencia de su pensamiento. Desde 1960 publica una serie de obras muy destacadas en la que se revisa el conjunto de la obra freudiana y kleiniana. En ellas propone un inconsciente basado en el lenguaje, y elabora una *teoría del pensamiento* de corte kantiano, al que considera integrado por dos funciones: la **función alfa** (lo fenoménico) y la **función beta** (la cosa en sí). El proceso de integración del pensamiento implica metabolizar elementos beta, característicos del pensamiento psicótico, convirtiéndolos en elementos alfa, o pensamiento que utiliza la función simbólica. En torno a esta teoría Bion acuñó conceptos que han pasado a la terminología del psicoanálisis (**objeto bizarro**, **ideograma**). Tras la muerte de Melanie Klein rehusó liderar el movimiento kleiniano y se instaló en Los Ángeles, desde donde impartió numerosos seminarios en Brasil y Argentina. Así inauguró la tendencia que se conoce bajo el rótulo de postkleinismo.

Uno de sus conceptos más interesantes y utilizados es el de la **función continente-contenido**. Este posee claras implicaciones técnicas, ya que sitúa al terapeuta en el despliegue de la función continente de las ansiedades y temores del paciente, una idea conexas a la de identificación proyectiva en Melanie Klein.

Bion asume que, en la estructura de toda personalidad, existe, por un lado una *parte psicótica*, no integrada, en la que se observa un narcisismo con predominio de los impulsos destructivos, con ataques envidiosos al vínculo con los objetos, y temor a una aniquilación inminente; y por otro, una *parte no psicótica*, constructiva, que da acceso a las relaciones estructurantes, y en la que se basa la alianza terapéutica.

Si la madre fracasa en el despliegue de la función continente-contenido en el desarrollo (es decir, si no puede desplegar la función de *reve-*

rie), se dificulta el acceso al pensamiento integrado mediante la función simbólica, lo que impide la elaboración de las experiencias psicóticas.

En el horizonte postkleiniano cabe mencionar también a Donald Meltzer y a Herbert Rosenfeld. Donald Meltzer es conocido por sus trabajos sobre el proceso psicoanalítico (1968b), en los que propone un modelo de cura basado en fases de organización y manifestación de la transferencia. Propone, asimismo, una ampliación del encuadre analítico que incluya el estado mental y actitud especial del terapeuta en la cura. Herbert Rosenfeld (1909-1986) ha pasado a ser uno de los autores de referencia en el trabajo psicoanalítico de la esquizofrenia, con especial énfasis en las formas de realizar el trabajo de la transferencia en estos casos (Rosenfeld, 1978, 1990).

3. LA ESCUELA BRITÁNICA DE RELACIONES OBJETALES: FAIRBAIRN

La obra de Fairbairn dentro del movimiento psicoanalítico es sorprendentemente original, sobre todo si tenemos en cuenta la época en que fue realizada, años cuarenta y cincuenta principalmente. Parte de esta originalidad es atribuida por Ernest Jones (1952) a que Ronald Fairbairn desarrolló prácticamente toda su carrera aislado de la comunidad psicoanalítica. Por uno de sus discípulos y biógrafos, J. D. Sutherland (1989) sabemos que fue miembro de la Facultad de Psicología, en la Universidad de Edimburgo, Escocia, hasta que se vio obligado a abandonar su puesto por el rechazo que recibía el psicoanálisis desde los estamentos académicos. A partir de entonces se dedicó a la práctica privada.

Harry Guntrip (1961, p. 258), su otro discípulo destacado, distingue tres fases en el desarrollo profesional de Fairbairn: a) el período *freudiano* (1927-1934), b) el período *kleiniano* (1934-1940), y c) el período propiamente *fairbairniano* (de 1940 hasta el final en 1965). El punto de inflexión hay que situarlo en 1934, cuando Fairbairn escuchó a Melanie Klein presentar su comunicación *Psicogénesis de los Estados Maníaco-Depresivos*, en una reunión de la *Sociedad Psicoanalítica Británica* (Cf. Klein, 1935). Después dijo sentirse decepcionado por la falta de aprecio de los analistas a la obra de Klein, ya que estos reaccionaron como si se tratara de herejías ante una creencia religiosa (Sutherland, 1989, pp. 40-41). El aspecto que más influyó en Fairbairn es, a nuestro entender, la concepción de *posición* como estructura peculiar de relación con el entorno que se organiza de forma temprana, en la fase oral, previa a las otras fases del desarrollo psicosexual y al Edipo.

Sin embargo, a diferencia de Melanie Klein para quien la *maldad del objeto* era una consecuencia del sadismo intenso, innato o de la pulsión de muerte, para Fairbairn esa maldad del objeto (la madre) procede de no haber prestado al niño la atención debida.

Fairbairn siempre estuvo en contra de las concepciones energetistas en psicoanálisis y en su madurez afirmó que lo que busca la libido desde el inicio no es la descarga sino el objeto. El placer libidinoso, dirá, no es más que un medio para obtener al objeto (1952, p. 46, p. 90, etc.). Si lo que busca la libido es el objeto siempre estará de acuerdo con el principio de la realidad, sólo si se concibe aislada del objeto se puede pensar que sigue el principio del placer. Por tanto, la dicotomía freudiana principio de placer frente a principio de la realidad es falsa. Por otra parte, si el bebé sólo buscara el placer (proceso primario) no se explicaría el paso al proceso secundario, es decir, el pensamiento racional adaptado a la realidad.

La teoría de las relaciones objetales que propone Fairbairn (Fairbairn, 1952; Scharff y Fairbairn Birtles, 1994), anuncia una epistemología intersubjetiva, externalista, en consonancia con el enfoque anticartesiano de autores recientes como Mitchell (1988, 1995); Stolorow (1997); Stolorow, Orange y Atwood (2001) (véase Capítulo 7). En este sentido un hecho que parece ser afectó profundamente a Fairbairn fue la manifestación de una de sus primeras pacientes, tras varios años de terapia, que le dijo: «Usted está siempre hablando de que yo quiero tener satisfecho tal o cual deseo, pero lo que yo realmente quiero es un padre» (1952, p. 199).

Freud recurrió a partir de 1920 al mecanismo de la *compulsión a la repetición* para comprender el fenómeno de la adherencia neurótica a una experiencia dolorosa. Pero, comenta Fairbairn, si consideramos que la libido busca primariamente al objeto no es necesario recurrir a ese mecanismo. Rechaza el concepto de pulsión de muerte y afirma que la agresión es una reacción a la frustración de las necesidades libidinales (1952, p. 114). El *principio del placer* no es la forma primaria de la actividad humana, sino más bien un deterioro de la actividad basada en el principio de realidad, más naturalmente primario.

Fairbairn concede gran trascendencia al entorno materno en la aparición o no del trauma. Los trastornos del desarrollo se producen cuando la madre no hace sentir al niño que lo ama por sí mismo, como persona. Estas madres pueden ser tanto posesivas como indiferentes (Fairbairn, 1952, p. 28) de una manera semejante a las madres erráticas de las que hablará Winnicott (1999a) para referirse a las psicosis provocadas por el ambiente.

Entre las aportaciones teóricas fundamentales realizadas por Fairbairn se cuenta también la introducción de la *posición esquizo-paranoide* en la base de la estructuración psíquica. Esta posición es la posición fundamental, lo que quiere decir que la escisión psicótica está en el fondo de toda personalidad. Las neurosis no son más que formas de defensa ante las ansiedades básicas (psicóticas: esquizoides y depresivas). Fairbairn elaboró igualmente una metapsicología propia y describió una estructura del psiquismo en términos de relaciones objetales, diferente de la freudiana. Finalmente, el objetivo de la psicoterapia no sería tanto analizar la culpa o los conflictos inconscientes, como hacer salir los objetos malos interiorizados.

3.1. Aspectos teóricos

En un artículo publicado en 1944, *Las Estructuras Endopsíquicas Consideradas en Términos de Relaciones de Objeto* (1952, cap. IV), Ronald Fairbairn propone que el aparato psíquico está constituido por los objetos introyectados o interiorizados. Si las pulsiones no pueden existir en ausencia de una estructura del yo —digamos, de un psiquismo— no es posible establecer una delimitación práctica entre el yo y el ello, entre estructura y energía (p. 96). Si los impulsos no pueden ser considerados a parte de los objetos —ya sean externos o internos— no son, en definitiva, más que los aspectos dinámicos de las estructuras endopsíquicas. La represión, según Fairbairn, se establece sobre los objetos malos internalizados, pero no sólo sobre ellos, sino también con las partes del yo que buscan establecer relaciones con estos objetos. El yo, por consiguiente, se fragmenta, y unas partes se oponen a otras, proceso no muy diferente del que sugiriera Freud en *Duelo y Melancolía*, de 1915. El yo y el superyó reprimidos son estructuras, pues lo que se reprime son estructuras, no impulsos.

La estructura de la personalidad, o *tópica*, que propone Fairbairn (op. cit, pp. 111-112) consta de cinco instancias: Yo Central (YC), Yo Libidinoso (YL), Saboteador Interno (SI), Objeto Rechazante (OR) y Objeto Necesitado (ON).

Yo Central (YC): no tiene su origen en otra estructura (el *ello* como postulaba Freud) ni es una estructura pasiva que dependa de las pulsiones. *Es una estructura primaria y dinámica*, de la que se derivan las otras estructuras mentales.

Yo Libidinoso (YL): se deriva del yo central y no es un mero depósito de impulsos instintivos, sino una *estructura dinámica* pero más infantil, menos organizada, menos adaptada a la realidad y más cercana a los objetos internalizados.

Saboteador Interno (SI): no es un objeto interno, sino una estructura del yo y está relacionado con un objeto interno, el Objeto Rechazante.

Para explicar los otros dos elementos —el **Objeto Rechazante (OR)** y el **Objeto Necesitado (ON)**— debemos advertir que para Fairbairn (id., p. 115) el niño se vuelve ambivalente hacia su madre porque ésta se convierte en un objeto ambivalente. Cuando la madre se convierte en objeto total, separado del niño, se muestra a la vez buena y mala. Entonces el niño divide a la madre en dos objetos e *internaliza* el malo, porque siente que en su interior las situaciones están bajo su control. El objeto malo internalizado, a su vez, tiene dos facetas, una que frustra —el objeto rechazante (OR)— y otra que tienta y atrae —el objeto necesitado (ON).

La internalización o introyección de los objetos se realiza mediante la represión. La constitución de la estructura endopsíquica básica, que acabamos de describir, tiene lugar antes del Edipo. Lo que aporta el Edipo, en realidad, es la última *capa* en la estructuración del psiquismo. Cuando nos encontramos con un neurótico adulto: «En el primer nivel el cuadro se encuentra dominado por la situación edípica misma. En el nivel siguiente está dominado por la ambivalencia hacia el padre heterosexual y en el nivel más profundo está dominado por la ambivalencia hacia la madre» (ídem, p. 126).

En un trabajo anterior (id., p. 49) había declarado que el Edipo es un fenómeno más sociológico que psicológico. Su mayor importancia reside en que divide el objeto ambivalente en dos: el objeto aceptado, identificado con uno de los padres, y el objeto rechazado, identificado con el otro padre. Esta concepción es equivalente a la que defendía el famoso antropólogo Bronislaw Malinowski, en una conferencia impartida en Edimburgo en 1932 con el título «La Vida Sexual de los Salvajes», y conferencia que Fairbairn escuchó (Cf. Sutherland, 1989, p. 112).

De manera más general, Fairbairn propone una crítica de las fases del desarrollo psicosexual que había establecido Karl Abraham (Fairbairn, 1952., p. 44 y ss.). Abraham había sustituido un enfoque freudiano más afín a la perspectiva de las relaciones objetales: autoerotismo, narcisismo, aloerotismo; por las conocidas fases: oral, anal, fálico y genital. Estas fases, en principio, carecen de objeto, sobre todo las anales. Lo importante, sugiere Fairbairn, no es el canal sino la naturaleza de la actitud emocional personal, ya sea libidinal, sádica, destructiva o inhibida (Scharff y Fairbairn Birtles, 1994, I, cap. 1). Por lo tanto, el adulto no es maduro porque alcance la etapa genital, sino que es capaz de relaciones

genitales adecuadas porque es maduro (Guntrip, 1961, p. 291). Diferencia tres fases principales en el desarrollo:

- Dependencia Infantil
 - Oral primaria
 - Oral secundaria
- Transición
- Dependencia madura

La fase oral, por tanto, como ya ocurría con Melanie Klein pasa a ser el fundamento de la organización del psiquismo y la época en que se forman las dos posiciones: esquizo-paranoide y depresiva. La caracterización de la posición esquizoide es una aportación original de Fairbairn, que introduce a partir de un artículo publicado en 1940, *Factores Esquizoides de la Personalidad* (1952, cap. I), aceptada después por M. Klein (1946). Esta es la posición básica de la psique y cierto grado de disociación está presente de forma invariable en el nivel mental más profundo. En el esquizoide la intensa necesidad de un buen objeto de amor coincide con un temor igualmente grande a las relaciones objetales. Sin embargo, lo que aparece ante el exterior es una máscara de distanciamiento y apatía emocional.

Las psicosis son una manifestación de la dependencia infantil y de angustias primitivas, esquizoides y depresivas, mientras que las psiconeurosis son una defensa contra dichas angustias o, dicho en otras palabras, los estados esquizoides y depresivos no pueden ser considerados defensas, sino que son algo de lo que el yo se defiende.

En cuanto a las técnicas para defenderse de las angustias primitivas, se identifican cuatro (Fairbairn, 1952, p. 57 y ss.).

ESTRATEGIA	OBJETO ACEPTADO	OBJETO RECHAZADO
OBSESIVA	Internalizado	Internalizado
PARANOIDE	Internalizado	Externalizado
HISTÉRICA	Externalizado	Internalizado
FÓBICA	Externalizado	Externalizado

3.2. Aspectos técnicos

Como sugiere Fairbairn en un artículo escrito en 1957 (Scharff y Fairbairn Birtles, 1994, I, cap. 8) debemos suponer que el paciente ha sufrido importantes deprivaciones en la infancia y acude a nosotros con un inten-

so anhelo por lograr relaciones objetales. Puesto que la situación analítica ortodoxa impone la privación de las relaciones objetales con el analista (principio de abstinencia), su efecto es la reproducción de la privación originalmente sufrida. Esta situación es propicia para provocar una regresión en el paciente que le permita ver el principio del placer y los procesos primarios como estrategias realmente defensivas; es decir, no como fenómenos auténticamente primarios, sino como reacciones a las carencias iniciales. La utilidad de la regresión terapéutica también ha sido destacada por Winnicott (1991) y por Ronald Laing (1999) y el movimiento antipsiquiátrico por él fundado en los años setenta.

En cuanto a dos conceptos centrales de la terapia psicoanalítica, transferencia y resistencia, Fairbairn opinaba lo siguiente. La resistencia se produce porque el mundo interno del individuo se mantiene como un sistema cerrado. La transferencia, a su vez, puede entenderse como una forma de resistencia pues deriva de la fijación en los objetos internos y consiste en convertir al analista en uno de esos objetos internos.

La tarea terapéutica consiste en el intento por reducir la escisión original del yo; recuperar las partes que han sido escindidas y colocadas en las instancias auxiliares, pulsiones y objetos parciales. Este intento produce resistencia en el paciente, resistencia que sólo puede ser superada cuando la transferencia ha llegado a un punto en que el analista se vuelve un objeto bueno, tan bueno que el paciente se atreve a exteriorizar sus objetos malos inconscientes (Fairbairn, 1952, p. 76). El psicoterapeuta, por consiguiente, se entiende como un «sucesor del exorcista», cuya misión no es tanto perdonar los pecados como desalojar los demonios (ídem., p. 79). En psicoterapia la culpa —que se produce en la fase edípica— actúa como una resistencia, como una defensa adicional a la represión, por lo que no es adecuado centrarse en la culpa edípica.

3.3. Influencia de la obra de Fairbairn en el psicoanálisis actual

Stephen Mitchell (1988) distingue dos tradiciones en la historia del psicoanálisis, el modelo pulsional y el modelo relacional, y considera que Fairbairn es uno de los representantes más puros de este segundo modelo. Debe considerársele por tanto un antecedente directo de la teoría de las relaciones objetales (Kernberg), del psicoanálisis vincular (Pichon-Riviere, Bleger, Kesselman y otros) y de formas más sofisticadas de psicoanálisis interpersonal o intersubjetivo actual (Mitchell, Stolorow) (Cf. Grotstein y Rinsley, 1994; Pereira y Scharff, 2002). Sin embargo, salvo sus dos discípulos directos —Guntrip y Sutherland— ningún autor se declara

fairbairniano puro. No creó escuela y su obra no ha disfrutado de gran difusión durante los últimos cuarenta años. La razón de esto, como recientemente ha apuntado Richard Rubens (1996), reside probablemente en que su retirada de los fundamentos epistemológicos del psicoanálisis freudiano fue de tal magnitud que no resultó fácil para los contemporáneos asimilar su obra. Muchas de sus sugerencias necesitan todavía ser aplicadas o desarrolladas en un esquema general del psicoanálisis que todavía no se ha alcanzado. Consideramos que uno de los aspectos nucleares de su epistemología es la crítica a la escisión freudiana entre energía y estructura.

En otro orden de cosas, la obra de Fairbairn anticipa muchos aspectos de la psicología evolutiva del niño de inspiración psicoanalítica posterior. Ya en su momento, la semejanza con posturas mantenidas por Winnicott poco después era evidente, aunque este autor no parezca aceptar la relación. De Winnicott nos ocupamos a continuación.

4. LOS INDEPENDIENTES: D. W. WINNICOTT

La figura central de los llamados independientes es Donald Woods Winnicott, pediatra que se analizó primero con James Strachey en 1923, inició su producción teórica a partir de 1925 y, posteriormente, se reanalizó con Joan Rivière, analista muy cercana a Klein. Aunque influido por Melanie Klein, con la que supervisó, permanecerá también cercano a las posiciones ortodoxas, y es un buen ejemplo de las posiciones teóricas y prácticas flexibles, que caracterizaron a los analistas del *middle group* o *independientes* (los psicoanalistas británicos que no se decantaron ni por M. Klein ni por A. Freud en la polémica teórica entre ambas; véase King y Steiner, 2003; y el cuadro alusivo en este mismo capítulo). Winnicott es también una figura clave para el psicoanálisis de niños y adolescentes, y para la teoría del desarrollo. En ella introducirá nuevos conceptos como el de **objeto transicional** (objetos investidos a la vez de libido narcisista y libido de objeto, mediante los cuales el niño puede pasar de la madre a lo social; Winnicott, 1999b), y la distinción entre falso y verdadero *Sí mismo* (Self). También rechazó el Edipo temprano kleiniano. Aportó asimismo técnicas originales para el análisis de niños, como la del *garabato*, así como una concepción diferente del papel del juego como creación (Winnicott, 1973). Su obra es muy amplia, como podremos constatar a continuación y, en cierta forma, no es exagerado afirmar que su influencia actual es semejante a la de otras figuras clave de la historia del psicoanálisis, como M. Klein o J. Lacan, además obviamente del fundador, S. Freud.

Cuadro 5. Reseña de la vida y obra de Donald W. Winnicott (1896-1971)

D. W., como se le suele citar, nace el 7 de abril de 1896 en Plymouth, puerto sudoeste de Gran Bretaña. Único hijo varón de una familia de tradición religiosa metodista, compuesta de padre, madre y dos hermanas, con quienes también convivían una niñera y una gobernanta.

En 1910, con 14 años, a raíz de haberle oído pronunciar el padre unas palabrotas, fue llevado a un internado de Cambridge, donde comenzó sus estudios de medicina, pese a que su progenitor esperaba que se dedicara a ayudarlo en sus negocios. En 1917 fue aceptado como cirujano en prácticas en un destructor, donde asumió una gran responsabilidad. En 1918 ingresó en el *St. Bartholomew's Hospital* de Londres para terminar su formación como médico. En 1919 un amigo le prestó *La Interpretación de los sueños* de S. Freud. Su lectura fue decisiva, pues encontró en ella una nueva vocación además de la Medicina. En 1920 obtiene el Diploma de Médico, optando por ejercer como médico rural. Se casó en 1923 con Alice Taylor, quien tendría serias dificultades mentales, y de la se divorciará a los 52 años, 25 años más tarde, poco tiempo después de morir su padre.

Ernest Jones le puso en contacto en 1923 con James Strachey para iniciar un análisis que se extenderá hasta 1933. Pasa a trabajar en el *Queen's Hospital Children*, en Hackney donde dirigió el *Consejo de Reumatismo* y de *Clínica Cardíaca* del Condado de Londres. Paralelamente inició su carrera profesional como pediatra en el *Paddington Green Children's Hospital* de Londres, donde desempeñará su trabajo durante 40 años, hasta 1963. Gradualmente transformará su consultorio pediátrico en otro de psiquiatría infantil. Su primer trabajo sobre este tema lo elaboró en 1931: *Notas clínicas sobre los trastornos en la infancia*, donde introduce ideas analíticas en la práctica pediátrica y expone un nuevo enfoque, dirigido a los médicos, para el tratamiento de problemas comunes de los niños.

En 1933 inicia su segundo análisis con Joan Rivière, y en 1935 lee su trabajo *La defensa maníaca* para ser miembro de la *Sociedad Británica de Psicoanálisis*. Strachey lo pone en contacto con Melanie Klein y este año comienza la supervisión de los sábados por la tarde, que durará de 1935 a 1941. En 1938 es nombrado *Asesor Psiquiátrico del Esquema de Evacuación del Gobierno* en el condado de Oxford, y realiza programas de radio para madres durante la guerra. En este programa trabajó con Clara Britton, trabajadora social psiquiátrica, quien sería su segunda esposa. Es en el trabajo que D.W. realiza durante la guerra con pacientes psicóticos, adultos y niños sin hogar, donde logró poner en claro las diferencias teóricas que tenía con Klein y sus seguidores. En 1945 presenta un trabajo radicalmente innovador ante la *Sociedad Psicoanalítica Británica: Desarrollo emo-*



cional Primitivo, en el cual plantea sus hipótesis sobre el desarrollo psicológico desde el nacimiento hasta los primeros años de vida. Con Michael Balint, John Bowlby, Masud Khan, Pearl King, John Klauber, Margaret Little, Marion Milner, Charles Rycroft y otros, D.W. lideró a quienes adoptaban una postura independiente en las agresivas «Controversias» entre Melanie Klein y Anna Freud, y a la vez tendió puentes de diálogo entre las dos facciones rivales.

D.W. sufrió su primer episodio cardíaco en 1948, y al año siguiente tras obtener el divorcio, se casó con Clara. Entre 1956 y 1959 fue elegido Presidente de la *Sociedad Británica de Psicoanálisis* (cargo que volvería a desempeñar entre 1965 y 1968) que inició así una época en la que publica numerosos trabajos:

- Entre 1956 y 1960 publica varias colecciones de charlas y trabajos escritos para la radio y entornos de divulgación.
- En 1957 aparecen: *El niño y la Familia: Primeras relaciones* y *El niño y el mundo externo*.
- En 1958 aparece el primer libro que compila sus trabajos psicoanalíticos: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*, primer volumen de lo que serían sus *Collected Papers*.
- En 1964 publica *El niño, la familia y el mundo externo* (una selección de los dos libros publicados en 1957) y *La familia y el desarrollo del individuo*.
- En 1965 aparece el segundo volumen de sus obras psicoanalíticas: *El proceso de maduración y el entorno facilitador: Estudios sobre la teoría del desarrollo emocional*.
- *Miedo al derrumbe*, escrito en 1968, es publicado dos años después de su muerte, en 1973. Son póstumas también la publicación de *Realidad y Juego* y *Clínica Psicoanalítica Infantil*, así como la compilación de numerosos trabajos sueltos (*Exploraciones Psico-analíticas*) y de su correspondencia (*El gesto espontáneo*).

En 1968 recibe la *Medalla James Spencer* por su labor en pediatría, y sufre un ataque cardíaco severo en Nueva York. El 25 de Enero de 1971 en Londres una enfermedad cardiopulmonar le causa la muerte, cuando se encuentra aún en plena actividad a los 75 años de edad.

La obra de D.W. está siendo continuamente revisada, y el estudioso encontrará amplias referencias en las obras de Adam Phillips (1997) y Brett Kahr (1999, 2002).

4.1. Aspectos teóricos

A diferencia de Melanie Klein, Winnicott dio más importancia a la influencia del ambiente en el desarrollo del psiquismo temprano, pues señaló las *fallas de provisión* ambientales como etiología principal de los distintos cuadros psicopatológicos. En su obra: *La teoría de la relación paterno-filial*, describe exhaustivamente lo que denomina *sostenimiento* (holding), dándole gran relevancia en el desarrollo afectivo temprano. El sostenimiento es la conducta emocional de la madre respecto a su hijo. Puede ser exitoso o fracasar, de ahí surgen los distintos grados de perturbación psíquica. A partir de esta idea, Winnicott elaboró propuestas terapéuticas en las que se consideraba trascendente brindar un entorno emocional favorable en el marco del tratamiento analítico. Otra idea relacionada con el sostenimiento es la de *falso* y *verdadero Self*. Winnicott establece nexos entre las características de la provisión ambiental y la representación que el sujeto logra de sí mismo, y también con el tipo de vínculo que establecerá con las demás personas, a través de una dependencia para el crecimiento emocional. Todos estos conceptos articularán una teoría del desarrollo emocional con entidad propia.

4.1.1. Principales conceptos propuestos por Winnicott

- **Preocupación maternal primaria:** Durante los últimos meses del embarazo y las primeras semanas después del parto se produce en la madre un «estado psicológico especial», la *preocupación maternal primaria*, que la aleja de otras preocupaciones y la centra en el bebé. Así, logra una sensibilidad particular para identificarse con las necesidades del bebé. Esta especial disposición va disminuyendo a medida que el hijo crece. El vínculo emocional entre la madre y el bebé sentará las bases para el desarrollo saludable de las capacidades innatas del individuo.
- **Madre suficientemente buena:** expresión que describe aspectos de la conducta emocional de la madre respecto a su hijo. La madre funciona como un *yo auxiliar* hasta tanto el bebé logra desenvolver sus capacidades innatas de integración y síntesis. La madre buena es la que responde a la omnipotencia del pequeño y, en cierto modo, le da sentido, un fenómeno que ocurre repetidamente. El *Self verdadero* empieza a cobrar vida a través de la fuerza de la madre. La *madre que no es buena* es incapaz de responder a la ilusión de omnipotencia que dirige las conductas del niño, por lo que, también repetidamente, desatiende sus necesidades y en su lugar coloca las suyas. Ante esto el niño, a partir de un punto, no puede sino someterse y acatarlas. Esta sumisión constituye la primera fase del **Self**

falso y es una característica derivada de la incapacidad de la madre para interpretar las necesidades del niño, sustituyéndolas por las propias.

- **Holding: Sostenimiento.** Comprende una función fisiológica e incluso física: el hecho de sostener la criatura en brazos, lo cual constituye también una forma de amarlo. El niño lo vive como una *continuidad existencial*. La protección y cuidados que la madre da a su hijo, si son provistos adecuadamente, no tiene sólo implicaciones fisiológicas destinadas a la supervivencia, sino que a través de la necesaria experiencia de sentir amor, el niño logrará integrar, tanto los estímulos, como una representación de Sí mismo y de los demás, así como un Yo sano. Si este cuidado falla, el bebé experimenta una amenaza subjetiva que impide su desarrollo normal.
- **Objetos y fenómenos transicionales:** Es una de las más importantes aportaciones de Winnicott. En una *zona de experiencia* situada entre la realidad exterior (las relaciones interpersonales) y la realidad interna, (el mundo interno), zona de experiencia entre lo subjetivo y lo que se percibe como objetivo, el infante hace el primer vínculo con el mundo exterior. En esta zona el bebé usa su primera posesión «No-Yo», representada por juguetes u objetos, mantas, ositos, etc., de los que los pequeños no se separan y les procuran una experiencia de sosiego antes de dormirse. Cuando el niño manipula la mantita o el osito de peluche, adquiere sensaciones que le sirven para establecer sus límites corporales y, a la vez, tienen un papel en la elaboración de los sentimientos de pérdida ante la separación de la madre. Los primeros *fenómenos transicionales* son el parloteo y el balbuceo desplegado antes de dormir. La relación del bebé con los *objetos transicionales* (OT) se da en una zona intermedia de experiencia. El OT se despliega como una *ilusión*; las madres suministran esos objetos justo en el momento que los niños los necesitan, fomentando en los niños la *ilusión* de haberlos creado ellos mismos. A partir de este temprano ámbito de ilusión, la experiencia humana se expande hasta incluir el juego, la creatividad y la vida cultural en general. El OT permite graduar la distancia en el vínculo; cuando no lo necesita lo deja a un lado y, por el contrario, cuando lo precisa, lo reclama. El OT calma las ansiedades de separación del niño. Así es que le permite dormir en ausencia de la madre, lo tranquiliza y capacita para separarse de ella con menor angustia. El OT también es susceptible de tener una evolución patológica (fetichismo, adicción, robo, etc). Winnicott lo explica asociado a fallas maternas (la inconstancia del vínculo, la dificultad

emocional en el contacto, etc). Estos objetos dejan de ser entonces facilitadores de una evolución saludable y se convierten en «parches» en el Yo, el Self o la imagen corporal. Usados después del **período de separación-individuación** (Mahler, 1968) son patológicos y se transforman en fetiches.

- **Dependencia:** El desarrollo psicológico se produce a través de una serie de fases de dependencia necesaria para el crecimiento. Las fases son: dependencia absoluta; dependencia relativa; hacia la independencia.

En la etapa de **dependencia absoluta** el bebé está constantemente al borde de una angustia inconcebible. Las variedades de esta angustia (La integración del Yo en el desarrollo del niño), serán las claves de cada aspecto del crecimiento normal (Fragmentarse; Caer interminablemente; No tener ninguna relación con el cuerpo; No tener ninguna orientación). El bebé no puede proveer de los cuidados básicos ni puede controlar lo que está bien o mal para él. Los padres proveen lo necesario, física y emocionalmente para que el proceso de maduración constante, psicológica, biológica y social, no quede bloqueado. Para que la madre aporte ese **ambiente facilitador**, necesita estar sostenida por el otro progenitor, su madre, la familia y el ambiente social inmediato. Un proceso muy intenso y exigente al principio, que luego va cediendo gradualmente y permitiendo que la madre recupere su autonomía.

Luego sigue la etapa de **dependencia relativa**: El infante sabe ya que necesita cuidados maternos y los pide. La madre da los cuidados necesarios y no abandona al bebé pues en él aparece la angustia aunque puede y debe frustrarlo parcialmente en cuanto a ciertas necesidades instintivas. Aparece en el bebé la capacidad de espera que va reemplazando al reflejo condicionado (desde los 6 meses a los 2 años). A veces el infante se vuelve violento y terrible ante la separación de la madre, que por eso no suele dejar solo a su hijo en esta fase. A los 2 años el infante tiene medios para prescindir de los cuidados reales, basándose en el recuerdo de cuidados, la proyección de las necesidades personales y la introyección de su confianza en el ambiente, además de su comprensión intelectual. Otras personas pueden actuar sustituyendo a la madre: cuidadoras, tías, abuelas. El padre puede desarrollar funciones maternas o *gravitar de un modo más masculino*, dando apoyo y seguridad a su pareja. El bebé empieza a utilizar el lenguaje lo cual facilita que los padres lo hagan cooperar en la comprensión de las situaciones y los

limites entre realidad interior y exterior. Hace intercambios entre ambas realidades y se transforma en un creador potencial del mundo, al que además puebla de sus contenidos internos. Su percepción es sinónimo de creación. Así ejerce un control sobre lo externo y sobre el funcionamiento interior de su Self.

Por último, se entra en una etapa de progresivo avance **hacia la independencia**. Ahora el niño puede enfrentar el mundo externo con sus complejidades, pues reconoce en él lo que está presente en su propio Self. El niño participa de la actividad social y progresa, aunque haya posibilidades de retrocesos en el desarrollo de la socialización hasta que se alcanzan las etapas finales de la pubertad y la adolescencia.

- **Intrusión:** Se refiere a la tendencia de ciertas madres a interferir en el *seguir siendo* de sus bebés mediante intromisiones innecesarias que obstaculizan el despliegue natural del hijo. Por ejemplo, la madre que se anticipa y resuelve las necesidades exploratorias del bebé antes que el las despliegue por sí mismo, confrontándose con ellas.
- **Núcleo del Self verdadero:** Para Winnicott emana de las funciones corporales, incluyendo la del corazón y la respiración. Se halla estrechamente ligado a la idea de *proceso primario* y, en esencia, no es reactivo a los estímulos externos.
- **Verdadero Self y Falso Self:** Winnicott une las características ambientales con la representación que el sujeto logra de sí mismo y con el tipo de vínculo que establecerá en el futuro con las demás personas. Cuando la madre no provee la protección necesaria, el niño percibirá el fallo ambiental como una amenaza a su continuidad existencial y tendrá una vivencia subjetiva por la cual reemplazará la protección de la que carece por otra «*fabricada*» por él. Al principio consideró el *falso self* como una formación provocada por fallos en los cuidados maternos presente sólo en pacientes graves. Después propuso una graduación de matices, en la que el falso self estaría siempre presente, aunque con distintos niveles de implicación patológica. En los casos más próximos a la salud, el self falso actúa como una defensa del verdadero al que protege pero sin reemplazarlo. En los casos más graves, el self falso reemplaza al verdadero. Los otros creen reconocer el núcleo de la persona, cuando en realidad sólo conocen la cáscara con la que se rodeó. Hay un cierto grado de existencia del falso self que no sólo es compatible con la salud sino que es necesario para que ésta se dé.

- ***Tendencia antisocial:*** Es un síntoma con frecuencia atribuible a una secuencia en la que inicialmente hubo un quehacer materno suficientemente bueno y luego se produjo una falla ambiental. Uno de los ejemplos que propone Winnicott es que el niño quede separado de sus padres por un período de tiempo demasiado largo para la capacidad de resistencia del niño, o que la calidad de la relación cambie substancialmente.

4.2. Aspectos técnicos

Winnicott no establecía especiales diferencias entre el trabajo psicoanalítico y el trabajo psicoterapéutico (*véase una reflexión sobre esta controversia en el Capítulo 9*). Al tratar los casos optó por una estrategia técnica más regresiva e interpretativa en unas etapas, mientras que en otras realizaba intervenciones activas y de gestión de las dificultades diarias del paciente. Escogía una u otra en función del momento del tratamiento y las características del momento vital que atravesase el paciente. Entre las abundantes viñetas clínicas que Winnicott recoge en sus escritos y que dan testimonio de su libertad técnica, suele citarse como ejemplo de «psicoanálisis a pedido» el tratamiento de una niña desde los 2 años y medio hasta los 5 años (*The Piggle*), a la que atendió con sesiones de periodicidad irregular. Cuando se le preguntó si lo que hacía con la pequeña paciente era psicoanálisis o psicoterapia, Winnicott puso el acento sobre su interpretación de la transferencia y el inconsciente, y no en los detalles formales del encuadre (frecuencia y regularidad de las sesiones) y de la situación analítica.

No era infrecuente que Winnicott hiciera sesiones prolongadas, de varias horas, o que en medio de un «análisis a pedido» (ajustado a las necesidades actuales del paciente) introdujese fases de análisis intensivo. Tampoco era inusual que aceptase consultas terapéuticas aisladas. Relacionado con esta actitud, más orientada a lograr activar los procesos de cambio en el tratamiento, se encuentra el escaso énfasis que Winnicott ponía en el papel de la interpretación (D. W. Winnicott, 1991). Winnicott considera que el protagonismo del cambio está en la integración que logra alcanzar el paciente, en lugar de atribuirlo a la acción interpretativa del terapeuta.

Winnicott propone considerar el encuadre analítico (*véase Capítulo 9*) como una reconstrucción simbólica o metafórica de la relación madre-hijo. Esta reconstrucción es una condición necesaria para favorecer la regresión del paciente, considerando que la relación terapéutica es un dispositivo de observación privilegiado.

El *análisis* llena un vacío en la historia del sujeto, un vacío que espera ser colmado. Las fallas ambientales tempranas (relativas) han dado lugar a un *congelamiento* de la situación de fracaso. En dicho congelamiento coinciden una acumulación de ideas, recuerdos y sentimientos relacionados. El análisis brinda una *nueva oportunidad* para que todas esas sensaciones puedan ser manifestadas y superadas.

La sesión da una *segunda oportunidad para el desarrollo emocional dentro del proceso analítico*, pues se otorga, otra vez, el sostenimiento suficientemente bueno que el individuo no tuvo en su infancia. Incluye técnicas de maternalización tempranas e invita a la regresión por su confiabilidad. El encuadre terapéutico se modifica de un modo dinámico en función de las necesidades del Yo, del grado de regresión a la dependencia que el paciente presenta en cada momento. Y todo ello para lograr que el marco terapéutico sea el más adecuado para que se desarrolle el proceso analítico. La aplicación de la clásica regla de abstinencia se ajusta para atender a las necesidades básicas de confianza, estabilidad y sostenimiento del paciente, necesidades que requieren una respuesta en la que el analista se adapta al paciente.

Para Winnicott el objetivo del analista es entrar en contacto con el verdadero Self del paciente. Así facilita su desarrollo y expresión, con las ganancias estructurales que ese proceso implica. En el marco analítico se puede usar la regresión para revivir el fracaso ambiental, superarla y lograr un nuevo sentimiento del Self. El analista ofrece una presencia estable, predecible, se preocupa por el paciente, expresa su amor y su odio, no juzga moralmente el material que le es presentado, ni a la persona que se lo presenta. Un encuentro «analista-analizado» con fuerte contenido no verbal, donde se activan procesos, capacidades, funciones psicológicas y ayudas que dotan al paciente de estructuras ausentes. El proceso analítico es visto como un espacio transicional que favorece el desarrollo, y el analista como un objeto transicional del paciente a través de los fenómenos de transferencia y contratransferencia expresados y usados técnicamente de forma activa.

En el trabajo con niños y adolescentes Winnicott fue especialmente creativo (v.g. técnica del garabato), ya que exploró múltiples modos de trabajo individual e institucional con jóvenes con graves carencias ambientales, desplegados como tendencia antisocial y delincuencia.

4.3. La influencia de Winnicott en el psicoanálisis contemporáneo. Otras figuras independientes

Winnicott ejerció un enorme impacto en su entorno. Una amplia lista de figuras que no pueden ser revisadas aquí en detalle tomaron caminos similares a los suyos, y han contribuido a la difusión de su pensamiento, el más original y estructurado de cuantos le rodearon y, sobre todo, el de mayor repercusión para la clínica psicoanalítica. Entre estas figuras cercanas a Winnicott hay que mencionar a John Bowlby (1907-1990), quien formuló una teoría del desarrollo (la *teoría del apego*; Bowlby, 1964, 1979a, 1979b, 1979c) que ha tenido un enorme impacto en la psicología clínica, evolutiva, cognitiva y social contemporánea. Otras influencias y desarrollos destacados de su obra pueden constatarse en Margaret Little (quien publicó su propio análisis con Winnicott (Little, 1995)), M. Masud Khan (1924-1989), uno de los discípulos de Winnicott de mayor significación teórica por sus aportaciones sobre la teoría y tratamiento de la perversión (1980a, 1980b, 1991a, 1991b) y cuya forma práctica de llevar a cabo el análisis recuerda, como en Winnicott, a Ferenczi. En esta misma línea cabe citar a Pearl King, Eryc Rayner, Clara Winnicott, Charles Rycroft, John Rickman y Marion Milner, entre otros muchos. En suma, una influencia que ha teñido todo el psicoanálisis desarrollado en Inglaterra desde los setenta, y más ampliamente a todo el psicoanálisis actual, con puentes abiertos con otras orientaciones como la lacaniana, relacional e intersubjetiva.

La aportación de Michael Balint (1896-1970), merece una consideración aparte, ya que, si bien formó parte de los independientes, tiene la singularidad de ser la figura contemporánea que trae la obra de Ferenczi al pensamiento contemporáneo (a través de Judith Dupont). Por esta razón Balint es la figura que representa la continuación de la *Escuela húngara*.

M. Balint, nace en Budapest, donde estudió medicina como psicoanalistas en el Instituto de Berlín, donde se analizó con Hanns Sachs, Mas Eitingon y posteriormente, con Ferenczi en Budapest. Se exilió en 1939 a Manchester. Tuvo que cursar de nuevo la carrera de médico en Inglaterra, y en 1946 se instaló en Londres, donde comenzó a trabajar en la Clínica Tavistock. Se casó por tercera vez con Enid Albu-Eichholtz, quien le introduce en el Trabajo Social, y juntos desarrollaron los conocidos **grupos Balint**, práctica que se extendió por todo el mundo como una estrategia de ayuda al trabajo médico en atención primaria (Balint, 1957; Balint y Balint, 1961). A partir de 1950 aportará una amplia e interesante obra teórica, entre la que se destacan los conceptos de:

- *Falta básica* (Balint, 1982), *zona* pre-edípica, que se da según Balint en la relación dual madre-hijo, caracterizada por la ausencia de un tercero estructurante, una falta entre las necesidades del niño y las disponibilidades de la madre.
- La revisión de la teoría del narcisismo y amor primario (Balint, 1953).
- El desarrollo de modelos de psicoterapia focal, de gran impacto actual (Balint, Ornstein y Balint, 1986; véase también en el capítulo 10).
- La proyección y difusión actual de las ideas de Ferenczi, dando lugar a nuevos núcleos de la escuela húngara en Italia (Borgogno, 2001) y también en Francia, donde se desarrolla al tiempo la historiografía freudiano-ferencziana (con Judith Dupont, André Haynal y la revista *Le Coq Héron*).

La vida y obra de Balint ha sido objeto recientemente de una excelente revisión (Moreau-Ricaud, 2000a, 2000b).

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Tras Sigmund Freud, los primeros desarrollos teóricos en el psicoanálisis que suponen un distanciamiento real de aspectos de la teoría freudiana, tienen lugar en el marco de la evolución del psicoanálisis en Inglaterra. Ya en vida de Freud la obra de Melanie Klein tenía originalidad propia y, durante las décadas de los años cuarenta a sesenta, el pensamiento desarrollado por esta autora generó una visión del psicoanálisis más radical en su mentalismo que el que se deriva de la propia obra freudiana. Fuente de muchas nuevas ideas con importantes consecuencias teóricas y técnicas (v.g. Fantasía Inconsciente, Identificación Proyectiva, o la consideración del juego infantil como equivalente a la asociación libre del adulto), fue a la vez un revulsivo para el psicoanálisis en su conjunto, y la emergencia de un discurso hermético y dogmático. Aparte de los enfrentamientos con los ortodoxos, liderados por Anna Freud, de este contexto surgieron dos líneas de pensamiento de alta potencialidad: la formulación por Ronald Fairbairn de una teoría de las relaciones objetales que teoriza una constitución externalista de la subjetividad, y las flexibilizaciones técnicas y aportaciones conceptuales que se generan entre los «independientes», principalmente por Donald W. Winnicott. La visión del psicoanálisis al servicio de las necesidades de desarrollo del sujeto, más allá de los dogmas teóricos, abre un escenario clave para el psicoanálisis contemporáneo.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA Y LECTURAS RECOMENDADAS

BION, W. R. (1977). *Volviendo a pensar*, Buenos Aires: Hormé. [Original de 1957: *Second Thoughts: Selected papers on psychoanalysis*, Nueva York: Basic Books]
Esta obra incluye los principales trabajos sobre la esquizofrenia y la teoría del pensamiento.

FAIRBAIRN, W. R. D. (1978). *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*. Buenos Aires: Hormé.
Esta obra compila los principales artículos del autor, publicados en los años 40 y principios de los 50. Se propone la lectura del Capítulo II: «Revisión de la psicopatología de las psicosis y psiconeurosis» (1940).

SEGAL, H. (1993). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
Esta obra es la mejor introducción sintética a los principales conceptos de la obra de Melanie Klein).

WINNICOTT, D. W. (1999b). Objetos y fenómenos transicionales. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (págs. 307-324). Barcelona: Paidós. [Original de 1951].

De la extensa obra de Winnicott, este es uno de sus trabajos más importantes, que debe ser leído por el alumno.

ACTIVIDADES

1. El alumno ha de tomar contacto con la casuística clínica de Melanie Klein, y una de las formas más accesibles para hacerlo es leer y comentar los ejemplos que se han recogido de manera documentada, estructurada y accesible en la siguiente obra:

HINSHELWOOD, R. D. (1999). *Clínica Kleiniana*. Valencia: Promolibro. [Original de 1994]

De las recogidas en esta obra seleccionamos las siguientes viñetas clínicas:

1a. El complejo de Edipo en Erna (p. 75)

Analícelo desde estos planteamientos: Hinshelwood propone este caso descrito por Klein, para mostrar que el complejo de Edipo se manifiesta tempranamente, y que está relacionado, entre otras características que se han descrito en este capítulo, con fantasías orales de carácter predominantemente agresivo. Permite también señalar las diferencias entre M. Klein y S. Freud con respecto a las tres fases clásicas (oral, anal y genital).

Klein relata el caso una paciente de 6 años, *Erna*. El juego y las fantasías asociadas que describe se manifiestan desde que la paciente tenía un año de vida, momento en el que comenzaron sus síntomas:

«Ella (...) comenzó su juego cogiendo un pequeño carruaje que había en la mesa pequeña entre otros juguetes y lo dejó correr hacia mí. Dijo que había venido a recogerme, pero colocó a una muñequita en el carruaje y añadió un muñeco. Los dos se amaban y besaban y los llevaba arriba y abajo todo el tiempo (...) Seguidamente un muñeco en otro carruaje chocó contra ellos los asó y se los comió (...) Otra vez la pelea tuvo un final diferente y el muñeco atacante se cayó; pero la mujer le ayudó y reconfortó. Ella se divorció de su primer marido y se casó con uno nuevo. (En otro juego) el primer hombre y su mujer estaban en una casa que defendían contra un ladrón: la tercera persona era el ladrón (...) entonces nuevamente la tercera persona era un hermano que venía de visita, pero mientras abrazaba a la mujer le arranco la nariz de un mordisco. Este pequeño hombre, la tercera persona, era la misma Erna».

Solución: En el juego de Erna se ve la claridad con la que la niña indicaba la relación entre una pareja —la analista y su pareja, padre y madre— como una relación muy amorosa pero oral (besándose), donde posteriormente se interpone una tercera persona. Al ser excluida —como la niña misma— ataca a la pareja, concibiéndose la agresión de la figura excluida en el complejo de Edipo, como en el intercambio sexual, oralmente (asando y comiendo). Todas estas fantasías son agresivas y típicas del complejo de Edipo en la que los padres tienen una relación amorosa exclusiva. Pero son persistentemente orales, besar, comer, morder... De acuerdo con el psicoanálisis clásico, a los seis años de edad Erna debía estar ocupada con la actividad y fantasía genital. Si embargo, todavía se limitaba a veces a esas fantasías orales de relación con los demás.

Estas fantasías se remontaban hasta la temprana edad de un año, momento en que surgieron los síntomas (fantasías terroríficas). Tales fantasías, edípicas en su contenido, quedan disimuladas como actividades pregenitales (alimentarse). Esto contrasta con el punto de vista de Freud de que el complejo de Edipo se da específicamente en la fase genital. También la pareja es fantaseada como permanentemente unida, en mutua y exclusiva actividad. Asimismo en la última variante del ejemplo vemos como se expresa el deseo Edípico directo de librarse de la madre y ganar al padre, mientras que parte de las fantasías comentadas lo hacen con respecto al reverso del complejo de Edipo. Aquí podemos observar la todavía incierta elección de objeto. En esta escena queda reflejada la *intensidad de la ambivalencia* (abrazar y morder). Asimismo se deja ver la idea de Klein de que las tres fases —oral anal y genital— no estaban de hecho separadas y en secuencia, sino que se solapaban entre sí.

1b. La lucha con la muerte (p. 188)

En la siguiente viñeta analice las relaciones entre pulsión de muerte y envidia, el interjuego entre pulsión de muerte y de vida, y reflexione, a través del ejemplo, sobre las principales características de la envidia que Klein propone:

Uno de los pacientes de Klein relató el siguiente sueño:

«... una mujer a quien describiré como bastante normal. A lo largo del tiempo, se hizo más consciente de la envidia que experimentaba hacia una hermana mayor y hacia la madre (...) La

paciente contó un sueño en el que estaba sola en un vagón de tren con una mujer, de la que solo podía ver la espalda, que estaba inclinada hacia la puerta del compartimento con gran peligro de caerse fuera. La paciente la agarró fuertemente el cinturón con una mano; con la otra escribió un cartelito diciendo que un médico estaba con una paciente en ese vagón y no deberían molestarle. Colgó el cartel de la ventana».

Klein nos muestra las asociaciones de la paciente que nos revelan quienes son los personajes del sueño:

«De las asociaciones del sueño he seleccionado las siguientes: La paciente tenía un intenso sentimiento de que el personaje a quien cogía fuertemente era una parte de si misma, una parte loca. En el sueño tenía la convicción de que no debía dejarla caer por la puerta, sino retenerla en el vagón y controlarla. El análisis del sueño reveló que el vagón la representaba a ella misma».

En un nivel distinto de asociaciones Klein continúa con ellas diciéndonos:

«Las asociaciones del cabello, que solo se veía desde atrás, representaban a la hermana mayor. Otras asociaciones le llevaron a reconocer la rivalidad y la envidia en relación con ella, regresando a la época en la que la paciente era todavía una niña, mientras que su hermana era ya cortejada. Habló entonces de un vestido que llevaba su madre y que de niña la paciente había admirado y codiciado. Este vestido mostraba claramente la forma de los pechos, y se hizo mas evidente que nunca que lo que originariamente se dañaba y dañaba en su fantasía eran los pechos de la madre».

Solución: Para Klein la envidia es una manifestación de la agresividad innata, que depende de la intensidad del instinto de muerte en relación al de vida, interjuego que se deja ver en la segunda parte de la viñeta. Para ella la envidia es la primera manifestación del instinto de muerte. Es característica de la misma su tendencia a establecer relaciones de objeto agresivas con el objeto bueno, no con el perseguidor (tal y como se ve en las asociaciones posteriores). El sueño indica cómo la pulsión de muerte y la envidia pueden discernirse y cómo se relacionan la una con la otra. En la primera parte de la viñeta hay un miedo desesperado a que la ayuda, el psicoanálisis, pueda ser interrumpido. En la segunda parte podemos ver que en el interior de la paciente (dentro del vagón) existía una lucha entre figuras que probablemente representaban partes separadas de sí misma. Una parte sentía el impul-

so suicida, una agresión auto-dirigida contra su deseo de vivir... La otra parte se esfuerza por mantenerse viva, agarrando a su parte autodestructiva. En este sentido, el sueño presenta un cuadro extraordinariamente claro de la lucha dentro de la personalidad entre una fuerza de muerte y otra de vida. En la tercera parte de la viñeta la situación interna (en el vagón) es compleja, ya que la figura que representa una parte de ella misma también es identificada con su hermana (el pelo) y con su madre (el vestido. Así la asociación con el vestido de su madre apuntaba a su identificación con la fuente de vida (los pechos de la madre), que ella arrojaría también por la ventana. La lucha del sueño está por tanto ocasionada por un ataque sobre un objeto que da vida. El impulso a caerse del tren, un impulso de muerte, se volvió hacia fuera y contra un objeto dador de vida (la madre, o su capacidad de dar vida, el pecho que nutre). Y esto es la envidia, la destrucción de una fuente de vida. Condensados en este sueño están la pulsión de muerte y su reorganización como una desviación hacia una envidia de lo bueno en otros.

Cualquier duda que le surja al lector sobre la terminología Kleiniana, y que no sea resuelta por nuestro propio glosario, puede consultarse en una excelente obra de referencia:

HINSHELWOOD, R. D. (1989). *Diccionario del pensamiento Kleiniano*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

2. El alumno ha de tomar también contacto con la casuística clínica de Fairbairn

Caso tomado de Fairbairn (1943), Las Neurosis de Guerra: Su Naturaleza y Significación. En W. R. D. Fairbairn (1952). *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*. Buenos Aires: Hormé.

Caso 2: Artillero A. M.; R. A., 24 años, casado desde hace dieciocho meses.

Este soldado tenía un pequeño negocio en la vida civil, y su citación al ejército fue diferida por tres meses a causa del negocio. Cuando al final de este período se presentó para cumplir con su deber, insistió para que su esposa lo acompañara hasta el cuartel, que estaba situado alrededor de 250 millas de su hogar. Insistió también en que ella permaneciera en el pueblo en que estaba situado el cuartel, hasta que al final de seis semanas las circunstancias obligaron a la mujer a volver al hogar... hizo frenéticos esfuerzos para mantenerse en comunicación con ella por teléfono, llamándola a menos que las circunstancias lo hicieran completamente

imposible. Resulta muy interesante que estuviera tan ocupado en pensar en ella, que era incapaz de movilizar suficiente capacidad de concentración para escribirle cartas. La incapacidad para concentrarse hizo también que fuera el único que no pasara el test prescripto al final de un curso de instrucción en artillería; y por este fracaso, combinado con el temor a las armas de fuego que manifestaba, fue ubicado en tareas telefónicas de rutina... Tenía tendencia a sentir que su compañía no era deseada, y no hizo amigos en el ejército, con excepción de un hombre quince años mayor que él... Le parecía que todo estaba contra él, y sentía que su único sostén en la vida estaba en la esperanza de volver a ver a su esposa, para explicar lo cual observó: «Es una madre para mí», y «Es todo lo que tengo».

Este soldado fue trasladado al hospital ya en los tres primeros meses de su ingreso en el servicio militar. Diez días antes de su ingreso había tenido un parte de baja médica a causa de dos desmayos, que ocurrieron en días sucesivos, el primero de ellos cuando estaba sentado en la estación telefónica (un espacio muy estrecho). Había sufrido tales ataques durante nueve años, desde que a los quince años había visto a una mujer desplomarse en la calle. Cuando su estado mejoró lo suficiente como para permitirle volver al colegio, tenía miedo a ir solo y no se le permitía salir de casa sin que alguien lo acompañara.

Su dependencia de la abuela era muy grande. Hijo único, había ido a vivir con sus abuelos maternos cuando murió su madre; veía muy poco a su padre, hacia el que manifestaba una ausencia de sentimientos antinatural y casi completa. Luego de su primer desmayo «durmió entre» sus abuelos hasta que murió el abuelo.

Tareas para el alumno:

1. Haga una valoración de este caso según los conceptos manejados por Fairbairn en su explicación de las posiciones y las fases del desarrollo.
 2. ¿Cuál es la angustia básica que domina a este sujeto?
 3. Razone sobre la importancia de los objetos masculinos y femeninos en la constitución de su personalidad.
3. Finalmente el alumno ha de tomar contacto con la casuística clínica de Winnicott; uno de sus relatos clínicos más completos es el caso «The Piggie» que está disponible en castellano:

WINNICOTT, D. W. (1994). *Psicoanálisis de una Niña Pequeña (The Piggie)*. Barcelona: Gedisa. [Original de 1977] El alumno puede comentar la descripción que hace Winnicott de la paciente, y las tres primeras consultas (pp. 25-70).

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Qué diferencia a Klein de Freud respecto del concepto de Fantasía inconsciente?
 - a) Klein describe la fantasía como una realización alucinatoria de deseos.
 - b) Para Freud y el psicoanálisis ortodoxo sólo existe la fantasía, concepto que introdujo cuando abandonó la teoría de la seducción.
 - c) Para Klein la fantasía inconsciente acompaña a toda experiencia de realidad.
2. ¿Qué diferencia a Klein de Freud respecto del concepto de angustia?
 - a) Para Klein, en el origen de la angustia está la fantasía inconsciente.
 - b) Para S. Freud la angustia era una condición de tensión, consecuencia del conflicto.
 - c) A y B son correctas.
3. ¿Qué diferencia a Klein de Freud respecto del concepto de Complejo de Edipo y el papel del Superyó?
 - a) Según Freud el Complejo de Edipo se produce entre los tres y cinco años, en la etapa fálica, y su declinación indica la latencia y el origen del Superyó.
 - b) Para Klein el Edipo se produce a consecuencia de la posición esquizo-paranoide, en la que la relación se establece con objetos totales.
 - c) Klein sostiene que las versiones internalizadas de los padres que atacan al yo son fenómenos diferentes del Superyó de Freud, diferenciados de la angustia persecutoria.
4. ¿Qué diferencia a Klein de Freud respecto del concepto de Relación de objeto y narcisismo primario?
 - a) Klein plantea la existencia de *relaciones de objeto* desde que se da la posición depresiva.

- b) Freud y Ferenczi planteaban un estadio anobjetal donde se desplegaba el *narcisismo primario*
 - c) Freud plantea la existencia de *relaciones de objeto* desde la fase oral.
- 5. De las siguientes parejas de conceptos una de ellas se produce en la posición depresiva:
 - a) Objeto parcial y objeto total.
 - b) Pensamiento concreto y ambivalencia.
 - c) Culpa y celos.
- 6. ¿En qué conceptos y propuestas es innovador Fairbairn respecto de Melanie Klein?:
 - a) Aportó a la teoría Kleiniana la posición depresiva.
 - b) La tarea terapéutica es un intento de reducir la escisión original del yo recuperando las partes escindidas.
 - c) Concibe el Objeto como una mera fantasía del Sujeto, sin influencia real.
- 7. Winnicott introduce una nueva forma de entender el proceso terapéutico. En su propuesta, ¿cuáles son los conceptos clave?:
 - a) Fenómenos y Objetos Transicionales; Falso y Verdadero Self; Sostenimiento, Tendencia Antisocial.
 - b) Objeto Bizarro, Continente, Contenido, Contención y Reverie.
 - c) Objeto Interno, Fantasía Inconsciente, Envidia, Posiciones del Desarrollo.

RESPUESTAS CORRECTAS

1. c) 2. c) 3. a) 4. b) 5. c) 6. c) 7. a)

Capítulo 7

Los innovadores del psicoanálisis contemporáneo (I): Más allá de Freud; Psicoanálisis relacional y teoría intersubjetiva

*Alejandro Ávila Espada, Antonio García de la Hoz,
Manuel Aburto y José Manuel Pinto*

Guión-Esquema

Objetivos

1. Introducción

2. El psicoanálisis más allá de Freud

2.1. Otto F. Kernberg: la integración del pensamiento freudiano, kleiniano y la Psicología del Yo evolutiva

2.2. Roy Schafer: El psicoanálisis como narrativa

2.3. Hans Loewald: La subjetividad se construye a partir del lenguaje y la interacción

2.4. Jacques Lacan: El inconsciente como lenguaje

2.5. Christopher Bollas: Lo sabido no pensado

2.6. André Green: La teoría freudiana en una de sus expresiones actuales

3. Una nueva perspectiva para el psicoanálisis: El psicoanálisis relacional y la teoría intersubjetiva

3.1. Stephen Mitchell: el psicoanálisis relacional

3.2. Robert Stolorow: la teoría intersubjetiva

Resumen y conclusiones

Bibliografía básica y Lecturas recomendadas

Actividades

Ejercicios de autoevaluación

Palabras clave

Freudianos actuales; Revisionistas de la teoría freudiana; Psicoanálisis relacional; Intersubjetividad, Principios invariantes inconscientes, Conjunción, Disyunción, Investigación empático-introspectiva, Relación paciente-terapeuta, Cambio de Paradigma.

GUION-ESQUEMA

Este capítulo, en su forzada brevedad, intenta presentar un panorama de algunos de los innovadores del psicoanálisis contemporáneo. Hemos escogido primero considerar a quienes, siguiendo a Freud, y sin cuestionar sus conceptos fundamentales, han ido más allá aportando conceptos originales que desarrollan la obra freudiana. Así, nos aproximamos a las obras singulares de una variedad de autores. Es el caso de Otto Kernberg, quien propondrá una compleja síntesis del modelo freudiano, kleiniano y de la psicología del Yo evolutiva, para mejor comprender la ontogénesis de la subjetividad. A continuación revisamos a Roy Schafer, un renovador del lenguaje del psicoanálisis, que reformulará la experiencia analítica como un proceso de construcción de narrativas. Hans Loewald, más próximo a Lacan que lo que éste hubiera querido reconocer, situará el lenguaje en el centro del proceso de construcción de la subjetividad; un proceso que, con Lacan, partirá de la consideración del inconsciente como lenguaje, para trazar un modelo del funcionamiento psíquico sobre la dinámica de los registros real-simbólico-imaginario. Aportará también una concepción novedosa para la teoría psicoanalítica del desarrollo: el estadio del espejo y su función estructurante. Tras Lacan, recuperamos el pensamiento independiente con Christopher Bollas, uno de los pensadores más originales de la clínica psicoanalítica actual, de inspiración winnicottiana. Finalmente, nos aproximamos a André Green, leal y profundo conocedor de la obra de Freud, sobre quien se incluye una biografía y una breve reflexión epistemológica. Después siguen desarrollos de conceptos esenciales: lo negativo, alucinación negativa, el lenguaje en psicoanálisis, procesos terciarios, la psicosis blanca. Admirador y rival de Lacan, le debió atraer, no solo la potencia de su pensamiento teórico, sino su prestigio y su impacto en todo el mundo psicoanalítico. Continuamente se estará confrontando con él y deslindando el terreno freudiano del lacaniano, así como aclarando sus propias soluciones. Gracias a su potente pensamiento se enfrenta a las nuevas corrientes psicoanalíticas que modifican la teoría freudiana con una batería argumental de mucho peso. Prestamos atención al estudio que hace Green del encuadre, al que establece como marco de referencia de la palabra analítica en el estudio del lenguaje psicoanalítico. Green despliega una gran capacidad de análisis y síntesis de los problemas a que se enfrenta el psicoanálisis a lo largo del tiempo que a él le está tocando vivir. Por ello su lectura es pedagógicamente provechosa, aunque bastante exigente.

En un segundo momento entramos en contacto con el psicoanálisis relacional, un modelo que trae de la mano la ruptura con conceptos clave de la teoría freudiana, como es la metapsicología y la teoría pulsional a ella conexas. El pensamiento de Stephen Mitchell sistematiza esta línea, que será continuada con propuestas más radicales por parte de la teoría intersubjetiva, donde Robert Stolorow nos propone una teoría de la *relatividad* de los fenómenos psí-

quicos, donde el observador (el terapeuta) es parte de lo observado. En ella se redefinen todos los conceptos fundamentales del psicoanálisis que son enmarcados en un objeto de estudio más amplio: el sistema o campo intersubjetivo en el que cobran significación. Como consecuencia, la técnica analítica se flexibiliza al criticarse el mito de la neutralidad del analista. Igualmente, se propone un cambio de paradigma en el psicoanálisis y se abandona el mito cartesiano de la mente aislada. Por último, se ofrece como alternativa un paradigma relacional en donde la experiencia se conforma de manera recíproca, tanto durante el desarrollo psicológico, como en la situación terapéutica.

OBJETIVOS

Al finalizar el estudio de este capítulo, el lector/a debería ser capaz de:

1. Identificar los autores que desarrollan el pensamiento freudiano en la actualidad, respetando la metapsicología freudiana y la teoría pulsional. Identificar cuáles son los principales conceptos que aportan.
2. Identificar los autores que desarrollan el pensamiento freudiano en la actualidad, modificando o rechazando la metapsicología freudiana y la teoría pulsional. Identificar cuáles son los principales conceptos que aportan.
3. Identificar los autores que proponen un psicoanálisis relacional, cuyo objeto de estudio, la subjetividad, se concibe construida en el entorno relacional e intersubjetivo. identificar cuales son los principales conceptos que aportan.
4. Trazar las grandes líneas de evolución del psicoanálisis contemporáneo, estableciendo cuáles son los principales nexos y diferencias con las líneas clásicas del psicoanálisis (freudiana; del Yo y del Self; kleiniana).

1. INTRODUCCIÓN: LOS INNOVADORES DEL PSICOANÁLISIS CONTEMPORÁNEO

En el *Capítulo 2*, se subrayó la importancia que viene teniendo el hecho de que el psicoanálisis reconsidere sus principales conceptos y propuestas a la luz de las evidencias aportadas por un siglo de investigación psicológica y de otras ciencias conexas. Fruto de este fecundo diálogo con la investigación básica (de los procesos psicológicos básicos), la investigación sobre el desarrollo humano, y las aportaciones de la investigación aplicada a la clínica, el psicoanálisis tradicional se ha visto abocado a reconsideraciones que, sin atentar contra lo esencial, la ambición de comprender y explicar lo específicamente humano, la subjetividad, cuestionan algunas de sus hipótesis históricamente centrales.

El ejemplo más característico es la vigencia de la teoría pulsional, tema al que nos referiremos en éste capítulo y también en el *Capítulo 11*. Todo psicoanalista que se reclame freudiano acepta «por principio» la teoría pulsional (teoría de la libido, que explica la psicopatología a partir del conflicto que se produce entre la pulsión y la defensa que aquella suscita) y dos aspectos a ello conexas: la importancia de la sexualidad infantil en el desarrollo psicológico, y el Complejo de Edipo como conflicto prototípico del ser humano.

Pero ya desde la mitad del siglo XX y, muy especialmente en las dos últimas décadas, una amplia variedad de autores, que podríamos denominar *los innovadores del psicoanálisis*, han ido más allá de estos «principios irrefutables». Algunos cuestionando su necesidad, otros sorteándolos o reformulándolos, de manera que puedan saltarse algunos de los obstáculos que plantea mantener el edificio teórico freudiano rígidamente inalterable e insensible al desarrollo del conocimiento. Este *psicoanálisis contemporáneo* toma principalmente tres direcciones: a) Quienes sin cuestionar directamente a Freud, van más allá de sus propuestas; entre ellos están quienes le dan al lenguaje o al ambiente relacional un

papel determinante en la estructuración de la subjetividad, en el origen de la patología, o en la explicación del cambio; b) Quienes proponen dejar de lado la metapsicología freudiana y, en consecuencia por innecesaria la teoría pulsional, desarrollando un psicoanálisis de la matriz relacional de la que deriva la subjetividad, conocidos como perspectiva relacional y teoría intersubjetiva; y c) Quienes establecen un diálogo entre el psicoanálisis, la psicología cognitiva, y los planteamientos integradores de ésta y de la perspectiva interpersonal. A los desarrollos más característicos de estas tres vertientes vamos dedicar este capítulo y el siguiente.

En este, y en relación con la primera de las opciones, vamos a revisar las aportaciones de Otto Kernberg, Roy Schafer, Hans Loewald, Jacques Lacan, con mención a dos autoras originales influidas por Lacan (Françoise Dolto y Piera Aulagnier). Y como exponentes más actuales a Christopher Bollas y André Green; todos ellos caracterizados por su respeto al psicoanálisis clásico, sin detenerse por ello en él. Y a continuación, como exponentes de la perspectiva relacional e intersubjetiva, a Stephen Mitchell y a Robert Stolorow.

2. EL PSICOANÁLISIS MÁS ALLÁ DE FREUD

El psicoanálisis es un territorio conceptual complejo. Situar la evolución reciente del pensamiento freudiano nos obliga a examinar ideas a la vez muy diferentes, pero compatibles con las propuestas psicoanalíticas fundamentales. Muchos de los innovadores del psicoanálisis contemporáneo han asumido esta tarea, ir más allá de Freud, sin cuestionar directamente los conceptos freudianos, pero aprovechando las aportaciones que se han venido desarrollando desde dentro del movimiento psicoanalítico en un siglo de historia. El primer autor que vamos a revisar es Otto F. Kernberg, un buen ejemplo de integración de las aportaciones de diferentes escuelas psicoanalíticas, sin cuestionar ninguno de los presupuestos fundamentales freudianos. Seguiremos con figuras cuya influencia irradia desde Norteamérica, y que introducen la importancia del lenguaje en el psicoanálisis: Roy Schafer y Hans Loewald, con los que llegaremos a Jacques Lacan, en Francia, quien promueve una «vuelta a Freud» (lo inconsciente se estructura y expresa en el lenguaje, revelando el deseo-pulsión) frente a los defensores de una psicología psicoanalítica en torno al estudio de las funciones del Yo, o la relación Yo-Mundo objeto (*que hemos presentado en los Capítulos 5 y 6*). Tras Lacan, llegaremos a dos autores actuales de gran trascendencia: André Green y Christopher Bollas, escogidos como exponentes de pensamientos singulares en el psicoanálisis contemporáneo.

2.1. Otto F. Kernberg: La integración del pensamiento freudiano, kleiniano y la psicología del Yo evolutiva

Otto F. Kernberg, polifacético autor en cuya trayectoria están presentes tanto su filiación europea como sus trayectorias en Chile y los Estados Unidos, ha sido a lo largo del último cuarto del siglo XX el gran sistematizador conceptual del psicoanálisis contemporáneo, donde ha abordado la mayoría de los campos (desarrollos en la teoría y en la técnica, aplicación clínica a las patologías más graves o inaccesibles al psicoanálisis, p. ej., los trastornos límites y narcisistas, la investigación sistemática de los procesos y efectos del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica, y amplio panorama de aplicaciones) y ha efectuado lúcidas integraciones y revisiones de la mayor parte de las propuestas psicoanalíticas. Kernberg ha logrado articular el respeto a la teoría pulsional freudiana con los desarrollos de la teoría estructural (*véase Capítulo 3*), la teoría de las relaciones de objeto de M. Klein y de R. Fairbairn (*véase Capítulo 6*), así como la perspectiva de la Psicología evolutiva del Yo, basada en M. Mahler y la propuestas de E. Jacobson sobre las formas patológicas de las identificaciones tempranas (*véase Capítulo 5*). Portador de un lenguaje sofisticado en los modelos teóricos que propone para la comprensión y tratamiento de las patologías graves, la lógica de sus propuestas logra que el psicoanálisis alcance una articulación racional más ordenada que la de desarrollos precedentes. Se atiene a las fases del desarrollo propuestas por Freud, situando la genitalidad de la fase edípica como el ideal de desarrollo a alcanzar, en la que se logra canalizar los impulsos instintivos, maximizando su satisfacción y controlando las pulsiones agresivas en su expresión antisocial. Toma de Jacobson las fases de organización del sentido de mismidad individual, a partir de un estado de indiferenciación psicológica en simbiosis con la madre. El sujeto emerge de un proceso de individuación-separación (Mahler) en el que va articulando la maduración de sus capacidades de autonomía. Sobre estas ideas Kernberg va a delinear un proceso de diferenciación progresiva de las representaciones del Sí mismo y los Otros, al tiempo que se opera con la escisión de los aspectos buenos y malos, hasta lograr la integración de representaciones de objeto total. De forma que se alcanza al final del proceso la integración de las imágenes del Objeto y de las imágenes del Self, ambos tanto en sus aspectos buenos y malos, amados y odiados. Las dificultades o fracasos que tienen lugar en esos procesos de diferenciación e integración de la identidad se relacionan con formas específicas que se manifiestan en la psicopatología, la cual es esencialmente descrita desde esta propuesta de Kernberg como una patología de la maduración de las relaciones de objeto.

Kernberg desarrolla una propuesta conceptual para entender los ejes estructurales que organizan la psicopatología, desde el punto de vista del psicoanálisis contemporáneo, yendo más allá de la propuesta freudiana de distinguir entre neurosis, psicosis (neurosis narcisistas) y perversiones (o elección de objeto perversa). Para Kernberg hay tres niveles, cualitativamente diferentes de organización estructural de la personalidad, en cuanto a la calidad de la identidad personal alcanzada y su capacidad funcional en el entorno. En el nivel de organización estructural más precaria está la **Organización Psicótica de la Personalidad**; en un nivel más evolucionado, pero todavía insuficiente, está la **Organización Límite de la Personalidad**; y en el nivel de mayor integración está la **Organización Neurótica de la Personalidad**, colindante con el funcionamiento normal. Para apreciar las características estructurales de estos tres tipos de organización, Kernberg propone los conceptos de *Integración o difusión de identidad*, *Manejo del juicio de realidad*, y *calidad de las operaciones defensivas* puestas en juego para preservar el funcionamiento estructural yoico. Las calidades funcionales de estos tres componentes son los que nos permiten distinguir las diferentes formas de expresión de la patología. Kernberg lo ha articulado en un modelo que se recoge en el *Cuadro I*, en el que se diferencian los tres niveles básicos de organización de la personalidad según Kernberg y se describen sus características.

En esencia, la principal contribución teórica que ha aportado Kernberg es articular la teoría pulsional freudiana (de raíz innatista) con la secuencia evolutiva de las relaciones de objeto precoces (entendidas como predisposiciones constitucionales) que confrontan al sujeto con el mundo objetal, y que, en consecuencia, ha de ser elaborado evolutivamente conforme maduran las capacidades evolutivas y aumentan las exigencias ambientales. En otras palabras, Kernberg utiliza el edificio teórico freudiano para la comprensión de las neurosis, y delinea una nueva teoría basada en el modelo objetal (a partir de Klein, Fairbairn y Mahler/Jacobson), para entender las patologías que implican un menor nivel estructural (Psicosis, Trastornos graves de la personalidad). Sus principales propuestas pueden seguirse evolutivamente a través de sus obras: *Trastornos límites y narcisismo patológico* (1979a); *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico* (1979b); *Trastornos graves de la personalidad* (1987); *La Agresión y las perversiones en los trastornos graves de la personalidad* (1994) y, finalmente, una de sus últimas obras, a la vez la más fiel al modelo freudiano: *Relaciones Amorosas* (1995). Las instituciones y su patología principal (la *paranoiagénesis en las instituciones*) han sido también un objeto de estudio relevante para Kernberg (1992).

Cuadro I. Criterios estructurales para la diferenciación de la organización dominante de la personalidad (O. F. Kernberg)			
CRITERIOS ESTRUCTURALES	ORGANIZACIÓN NEUROTICA	ORGANIZACIÓN LÍMITE	ORGANIZACIÓN PSICÓTICA
Integración de la Identidad personal	Firme delimitación de las representaciones del Sí mismo y de los objetos. <i>Identidad Integrada:</i> Las imágenes contradictorias del Sí mismo y los otros se integran en concepciones globales.	Firme delimitación de las representaciones del Sí mismo y de los objetos. <i>Difusión de identidad:</i> Los aspectos contradictorios del Sí mismo y los otros están mal integrados y se mantienen separados.	Las representaciones del Sí mismo y de los objetos están mal delimitadas o bien hay identidad delirante. <i>Difusión de identidad:</i> Los aspectos contradictorios del Sí mismo y los otros están mal integrados y se mantienen separados.
Operaciones defensivas	<i>Represión y defensas de alto nivel:</i> Formación reactiva, aislamiento, anulación, racionalización, intelectualización. Las defensas protegen al sujeto del conflicto intrapsíquico. La interpretación mejora el funcionamiento del sujeto.	<i>Escisión y defensas de bajo nivel:</i> Idealización primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia, devaluación. Las defensas protegen al sujeto del conflicto intrapsíquico. La interpretación mejora el funcionamiento del sujeto.	<i>Escisión y defensas de bajo nivel:</i> Idealización primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia, devaluación. Las defensas protegen de la desintegración y la fusión Sí mismo-Objeto. La interpretación produce regresión.
Juicio de realidad	Se conserva la capacidad para comprobar la realidad, diferenciar entre el Sí mismo y el Mundo en lo intrapsíquico, respecto al origen externo de estímulos y percepciones. El sujeto tiene capacidad para evaluarse a Sí mismo y a los demás, en profundidad y de forma realista	Se conserva la capacidad para comprobar la realidad, diferenciar entre el Sí mismo y el Mundo en lo intrapsíquico, respecto al origen externo de estímulos y percepciones. Hay alteraciones de la relación con la realidad y también de las sensaciones de realidad	Se pierde la capacidad de comprobar la realidad. Hay alteraciones de la relación con la realidad y también de las sensaciones de realidad

Kernberg, a diferencia de Kohut y de la Psicología del Self que han abandonado la teoría pulsional freudiana, mantiene las pulsiones sexual y agresiva como los vectores principales que explican la dinámica humana, y considera que la herida narcisista (cuya superación es central en Kohut para alcanzar la autoestima, que considera a la sexualidad y agresión subproductos de la herida narcisista) puede superarse a través de la interpretación de la hostilidad dirigida al analista, si en la relación con él estructura relaciones de objeto más maduras e integradas.

En cuanto a la técnica, Kernberg mantiene su confianza en la primacía de la interpretación a la hora de alcanzar un cambio significativo en la estructura de personalidad del paciente. Respeta en lo esencial el encuadre psicoanalítico clásico (Kernberg, 1999), aunque propone un «psicoanálisis modificado» para determinados casos. A la vez, ha investigado sobre la influencia de la personalidad e implicación emocional del analista en el proceso de cambio del paciente. Kernberg estuvo implicado en la última etapa del *Informe de investigación de la Clínica Menninger* (véase Capítulo 14), donde diseñó un modelo de tratamiento para los trastornos límites y el narcisismo patológico, en el que «se trabaja con» pero no se interpreta la transferencia, y al que se incorporan algunos matices en el encuadre (mezcla de encuadre flexible, para captar ciertos momentos del paciente dentro del tratamiento, pero rígido en el establecimiento de límites). Para este objetivo diseñó métodos de diagnóstico que facilitasen la elección de la adecuada estrategia de tratamiento (la entrevista estructural: Kernberg, 1981) y junto a sus discípulos ha creado un método de *Psicoterapia focalizada en la transferencia* (Yeomans, Clarkin y Kernberg, 2002) que está siendo considerado actualmente como tratamiento de elección con el paciente con *trastorno límite de la personalidad*.

2.2. Roy Schafer: El psicoanálisis como narrativa

Entre los renovadores del psicoanálisis, que desde la tradición de la Psicología del Yo propugnan una profunda revisión de la metapsicología freudiana está Roy Schafer, quien propone una teoría de la acción sustituyendo a la teoría de la libido. La obra de Schafer es polifacética y una de las más originales de los renovadores norteamericanos del psicoanálisis. En este mismo grupo se encuentran: David Rapaport, quien a partir de la tradición de la psicología del Yo intentó sistematizar y basar empíricamente las teorías freudianas (Rapaport, 1967; Gill, 1967), George Klein, que propuso avances en la teoría (G. Klein, 1976) y Merton Gill, inicialmente más centrado en la crítica a la metapsicología freudiana (Gill, 1976, 1977, 1978), y luego más volcado en las cuestiones de aplica-

ción técnica y clínica (Gill, 1982). Este grupo está formado, además, por un grupo de pensamiento, que lidera la revisión del papel que la metapsicología freudiana tiene en el psicoanálisis.

En la segunda mitad del siglo XX, el psicoanálisis va a ser transformado por el impacto del nuevo papel que se atribuye al lenguaje en la producción de la subjetividad, y en el que, a partir de la difusión de los trabajos de los lingüistas y semiólogos estructuralistas, muchos innovadores del psicoanálisis van a recoger esta propuesta con diferentes matices. Desde la propuesta de Lacan para lo inconsciente estructurado como lenguaje, hasta los modelos narrativos, en que se concibe lo subjetivo como una narrativa de la identidad personal. Próximo a esta concepción, Schafer emprende en primer lugar un análisis de contenido y redefinición de la terminología freudiana (Schafer, 1968) y, posteriormente, una crítica del lenguaje del psicoanálisis, para la que se basa en Wittgenstein y Ryle, y de la que deriva importantes consecuencias clínicas (Schafer, 1976, 1978). Finalmente, Schafer, junto Donald Spence, se alinea con la visión europea propuesta por Ricoeur de la justificación hermenéutica del psicoanálisis, proponiendo que se use el concepto de «narrativas» para comprender el discurso psicoanalítico (Schafer, 1983, 1992).

Una de las ideas centrales del pensamiento de Schafer es el desarrollo del concepto de **agencia**. Freud, tras su descubrimiento del papel de lo inconsciente en el ámbito de la subjetividad, aportó un modelo de la mente organizado en base a la teoría pulsional (pulsiones y defensas) y un «aparato psíquico» constituido por instancias (Ello, Yo, Super Yo). Al modelo freudiano, el pensamiento kleiniano y objetual añadió el papel de las fantasías inconscientes organizadas en torno a representaciones de objetos y del Sí mismo, que organizó un complejo mundo interno. En este panorama, Schafer intentó redefinir los conceptos básicos del psicoanálisis, restableciendo a la *persona* como *agente* de su experiencia, reconstruyendo al *sujeto* que el psicoanálisis precedente había dispersado. Yendo más allá del intento de Rapaport de mantener la terminología freudiana, redefiniéndola de forma más precisa, Schafer optó por un nuevo lenguaje, tanto para los procesos del sujeto como para el escenario del análisis. Para Schafer, la transformación esencial que sucede en un proceso analítico es que el sujeto asume gradualmente su agencia respecto de lo que vive en su experiencia, pasando, de operar con una interpretación de la misma en la que los hechos son vistos como objetivos y externos, a tomar conciencia de que los crea y distorsiona en función de sus necesidades y deseos, como forma de obtener inconscientemente placer de sus experiencias. Es decir, es agente de su mundo, e intérprete de su experiencia en él, lo cual le da la opción de transformarlo. Schafer

propone *Un nuevo lenguaje para el psicoanálisis* (1976) que sustituye las limitaciones e imprecisiones del freudiano, anclado en el fisicalismo, biologicismo e internalismo de principios del siglo XX. El impacto inicial de la propuesta de Schafer fue más bien relativo, por la lógica resistencia a sustituir el lenguaje freudiano, pero más adelante, en su obra *La actitud analítica* (Schafer, 1983), formula una propuesta cuya aceptación ha tenido mucho mayor impacto: el concepto de narrativa. La mente está generada y organizada mediante narrativas, y los modelos y conceptos psicoanalíticos son «guiones interpretativos» y no principios científicos. El sujeto pasa así, de ser visto como un *agente de sus acciones*, a ser considerado un *narrador de historias*. Desde esta perspectiva, Schafer ha reubicado las innovaciones clínicas de la psicología del Self en el marco freudiano (Schafer, 1983) y también las de la teoría kleiniana (Schafer, 1992, 1994). Logra así una revisión de los conceptos y lenguaje psicoanalítico desde un cuestionamiento filosófico y clínico, recontextualizando el análisis freudiano desde una visión hermenéutica contemporánea, que le da al análisis una mayor potencialidad.

2.3. Hans Loewald (1906-1993): La subjetividad se construye a partir del lenguaje y la interacción

Loewald, apasionado freudiano, llega a Estados Unidos a principios de los años cuarenta tras haber estudiado filosofía con Martin Heidegger, y realizado su formación analítica con Harry Stack Sullivan y Frieda Fromm-Reichmann en Baltimore. A partir de ese momento, Loewald hará una relectura de la obra de Freud desde muy diferentes ángulos, pero siempre respetuosa y creativa, en la que será eje central el papel del lenguaje en la construcción de la subjetividad. Desde el nivel preverbal de organización de la experiencia infantil, siguiendo los conceptos de Sullivan (del nivel paratáxico al sintáctico, véase *Capítulo 4*), la adquisición del lenguaje brinda el acceso a la experiencia compartida, a las conexiones significativas, que permiten organizar tanto la experiencia de sí mismo como de los otros.

Más allá de las propuestas de Sullivan (1959) y Daniel Stern (1991), Loewald considera que los comienzos del lenguaje no son una traducción a partir de la experiencia sensorial, sino una forma en sí de experiencia sensorial (Loewald, 1980). Loewald distingue entre la experiencia de un lenguaje primario, interno, oculto, «de proceso primario», de un lenguaje generalizable y diferenciado «de proceso secundario», subrayando que lo esencial es si hay o no conexión entre ambos modos de experiencia. La ruptura o reconciliación entre los niveles de organización es el problema

central al que Loewald vuelve una y otra vez en sus escritos. Si el lenguaje de proceso secundario queda desconectado del de proceso primario, surgen estructuras psicopatológicas. La salud mental es contingente con la riqueza de la experiencia que se genera cuando ambos lenguajes están en conexión, y pueden, por tanto, utilizarse niveles de pensamiento primitivo y sofisticado; formas de organización intelectual de nivel inferior y superior, sensuales y abstractas, de fantasía y en contacto con la realidad, orientadas al pasado y al presente. El desarrollo saludable se caracteriza por el diálogo e interdeterminación entre estas diferentes formas de experiencia.

Sin cuestionar directamente la teoría pulsional como origen del psiquismo, Loewald propone que tanto, el bebé como sus cuidadores, constituyen una unidad como punto de partida para el desarrollo psicológico. Al principio no hay distinción entre el Sí mismo y los Otros, el Yo y la realidad externa, entre pulsiones y objetos de las mismas, sino que todo ello constituye una especie de unidad originaria (un planteamiento también insinuado por la kleiniana Esther Bick, y tomado con diferentes matices por los psicólogos del desarrollo contemporáneos, como D. Stern, B. Beebe y F. Lachmann, entre otros), donde no hay nada que sea «original» y «único» del bebé (p. ej., las pulsiones freudianas, el verdadero Self en Winnicott). Todo lo que surge en el bebé es producto de la interacción. De esta forma, Loewald se aleja bastante de Freud y se sitúa en la línea del psicoanálisis relacional e intersubjetivo, aunque defiende que ésta es la línea en la que evolucionaba el pensamiento de Freud, que quedó inacabado, y que de manera natural hubiera llegado a plantear el origen del psiquismo en su contexto natural interactivo. Para Loewald la adquisición del símbolo (Loewald, 1988) es a la vez la creación de una experiencia nueva, donde el símbolo da una nueva vida a lo simbolizado, mientras que las pulsiones son vistas como restos de integraciones interpersonales precedentes, que derivan de las relaciones vividas en la experiencia anterior, y que sirven en el presente como estímulos de las nuevas experiencias interactivas que serán simbolizadas.

2.4. Jacques Lacan (1901-1981): El inconsciente como lenguaje

El lema más querido de Lacan, la «vuelta a Freud», sugiere que los psicoanalistas, en sus desarrollos teóricos, se habían alejado de los soportes básicos del psicoanálisis freudiano. La crítica lacaniana iba dirigida principalmente contra la *Psicología del Yo* norteamericana (véase Capítulo 5). Con este espíritu comenzó su andadura psicoanalítica. La lectura de

Lacan es difícil y frustrante, pero también provocadora e incitadora, pues ha generado desarrollos brillantes y fecundos debates, aunque algunos seguidores adeptos sin pensamiento propio. Lo que Lacan se plantea con voluntad de escritura no es demasiado extenso y si muy complicado de leer (*Ecrits*, 1966, 2001). Sin embargo, sus alumnos nos han dejado el testimonio de su enseñanza en *Seminarios* durante los 26 años en que la llevó a cabo. De esta forma el estudio de su producción se asienta sobre dos bases: Los *Escritos* y los *Seminarios*. De los *Seminarios* circulan diversas versiones, siendo la «oficial», la llevada a cabo por el yerno y albacea testamentario de Lacan, Jacques-Alain Miller, quien todavía tiene una buena parte de estos seminarios pendientes de publicación.

Cuadro 2. La obra de Jacques Lacan

Obra publicada:

- Lacan, J. (1966). *Écrits*. París: Éditions du Seuil. [versión castellana, *Escritos 1 y 2*, México: Siglo XXI Editores, 1971 y 1975 respectivamente].
- Lacan, J. (2001). *Autres écrits*. París: Éditions du Seuil-Le champ freudien.
- Lacan, J. (1975). *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. Mexico: Siglo XXI Editores, 1976.
- Lacan, J (1977) *Psicoanálisis. Radiofonía & Televisión*. Traducción y notas de Oscar Masotta y Orlando Gimeno. Barcelona: Anagrama.[original de 1970]
- Lacan, J. (1978). *La familia*. Traducción de Vittorio Fishman. Barcelona: Argonauta. [Original de 1938: Encyclopédie Française]
- Lacan, J. (1984). *Suplemento de Escritos*. Traducción de Hugo Acevedo. Barcelona: Argot.
- Lacan, J. (1985). *Intervenciones y textos*. Traducción de Diana Rabinovich. Ed. Manantial. Buenos Aires [Original de 1957].

Los Seminarios en sus versiones oficiales:

- Seminario 1 (1953/54). *Los escritos técnicos de Freud*. Texto establecido por Jacques Alain Miller. Traducción castellana de Rithee Cevasco y Vicente Mira Pascual, revisada por Diana Rabinovich. Barcelona-Buenos Aires: Ed. Paidós, 1981 (Editor asociado Juan Granica) [original de 1975, París: Seuil]



- Seminario 2 (1954/55). *El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica*. Texto establecido por Jacques Alain Miller. Traducción castellana de Irene Agoff, revisada por Diana Rabinovich. Barcelona-Buenos Aires: Ed. Paidós, 1983 (Editor asociado Juan Granica). [original de 1978, París: Seuil]
- Seminario 3 (1955/56). *Las Psicosis*. Texto establecido por Jacques Alain Miller. Traducción castellana de Juan Luis Delmont-Mauri y Diana Rabinovich, revisada por Diana Rabinovich. Barcelona-Buenos Aires: Ed. Paidós, 1984 (Editor Asociado Juan Granica). [original de 1981, París: Seuil]
- Seminario 4 (1956/57). *La relación de objeto*. Texto establecido por Jacques Alain Miller. Traducción castellana de Enric Berenguer, revisada por Diana Rabinovich. Barcelona-Buenos Aires: Ed. Paidós, 1994 (Editor Asociado Juan Granica). [original de 1994, París: Seuil]
- Seminario 5 (1957/58). *Las formaciones del inconsciente*. Pendiente de publicación
- Seminario 6 (1958/59). *El deseo y su interpretación*. Pendiente de publicación
- Seminario 7 (1959/60). *La Ética del Psicoanálisis*. Texto establecido por Jacques Alain Miller. Traducción castellana de Diana Rabinovich. Barcelona-Buenos Aires: Ed. Paidós, 1988 (Editor Asociado Juan Granica). [original de 1986, París: Seuil]
- Seminario 8 (1960/61). *La Transferencia*. Texto establecido por Jacques Alain Miller. Traducción castellana de Enric Berenguer. Barcelona-Buenos Aires: Ed. Paidós, 2003 (Editor Asociado Juan Granica). [original de 1991, París: Seuil]
- Seminario 9 (1961/62). *La identificación*. Pendiente de publicación
- Seminario 10 (1962/63). *La angustia*. Pendiente de publicación
- Seminario 11 (1964). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Texto establecido por Jacques Alain Miller. Traducción castellana de Juan Luis Delmont-Mauri y Julieta Sucre, revisada por Diana Rabinovich. Barcelona-Buenos Aires: Ed. Paidós, 1987 (Editor Asociado Juan Granica). [original de 1973, París: Seuil]
- Seminario 12 (1964/65). *Problemas cruciales para el psicoanálisis*. Pendiente de publicación
- Seminario 13 (1965/66). *El objeto del psicoanálisis*. Pendiente de publicación



- Seminario 14 (1966/67). *La lógica del fantasma*. Pendiente de publicación
- Seminario 15 (1967/68). *El acto psicoanalítico*. Pendiente de publicación
- Seminario 16 (1968/69). *De un otro al Otro*. Pendiente de publicación
- Seminario 17 (1969/70). *El reverso del psicoanálisis*. Texto establecido por Jacques Alain Miller. Traducción castellana de Enric Berenguer y Miguel Bassols, revisada por Diana Rabinovich. Barcelona-Buenos Aires: Ed. Paidós, 1992 (Editor asociado Juan Granica). [original de 1991, París: Seuil]
- Seminario 18 (1970/71). *De un discurso que no fuese semblante*. Pendiente de publicación
- Seminario 19 (1971/72). ... *O peor*. Pendiente de publicación
- Seminario 20 (1972/73). *Aún*. Texto establecido por Jacques Alain Miller. Traducción castellana de Diana Rabinovich, Juan Luis Delmont-Mauri y Julieta Sucre, revisada por Diana Rabinovich. Barcelona-Buenos Aires: Ed. Paidós, 1981 (Editor Asociado Juan Granica). [original de 1975, París: Seuil]
- Seminario 21 (1973/74). *Los desengañados se engañan o los nombres del padre*. Pendiente de publicación.

Lacan rompió con la IPA en 1952 (sobre todo por la institucionalización y la burocratización del saber psicoanalítico y su transmisión), y fundó en 1953 la EFP (*Ecole Freudienne* de París), institución que, ante el desconcierto de sus discípulos, disuelve un año antes de morir (1980) porque piensa que ha vuelto a reproducir en ella todos los defectos que criticaba en la IPA cuando la abandonó. Las razones de la ruptura con la IPA son muy complejas y variadas. Mencionaremos quizá la más conocida: reintroducir en el Psicoanálisis disciplinas de las que Freud intentó desmarcarse, sobre todo la filosofía y, en menor grado otras, como la lingüística, la literatura, la cibernética, etc. Posteriormente a la muerte de Lacan, el distanciamiento con la IPA se ha reducido, y se han establecido diálogos (Etchegoyen y Miller, 1997). El extraordinario impacto que su pensamiento suscita, y la amplitud de las controversias generadas (García de la Hoz y Ávila Espada, 1992), justifica que le concedamos un espacio relevante en este capítulo.

Cuadro 3. Reseña biográfica de Jacques M. Lacan (1901-1981)

Lacan nació en París, el 13 de abril de 1901. Se formó como médico y especialista en psiquiatría, siendo Clérambault su «único maestro en psiquiatría» (*De nuestros antecedentes*, en *Escritos* 1, p.5). En 1932 defendió su tesis doctoral con el título «Psicosis paranoica y sus relaciones con la personalidad». En 1936, en el XIV Congreso de la IPA, todavía en vida de Freud, dió una conferencia sobre el estadio del espejo. Esta fue la primera presentación de su famoso trabajo. En 1949 en el XVI Congreso de la IPA ofreció la comunicación sobre «El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica», que luego se publicó en sus «Escritos» (1966, pp.11-18). Consideramos este trabajo fundamental en cuanto a su innovación del cuerpo teórico del psicoanálisis. En 1952, rompió con la IPA e inició su enseñanza, que impartió en seminarios anuales, durante 26 años, hasta casi su muerte. En 1953 fundó su escuela, la EFP (Escuela Freudiana de París), que disolvió en 1980. La primera edición de los *Escritos*, se llevó a cabo en 1966. Murió en París en 1981.

2.4.1. Modelo lingüístico

Lacan retoma planteamientos saussureanos, proponiendo su famosa fórmula: «El inconsciente está estructurado como un lenguaje», lo que quiere decir que, en su formación, el lenguaje y el inconsciente freudiano se rigen por los mismos mecanismos. La adquisición del lenguaje, de la gramática, por un niño es un fenómeno en gran medida inconsciente. Estos mecanismos serían los mismos que están en la base de la gestación del síntoma neurótico, los chistes, los *lapsus linguae* y los sueños. Incluso la creación literaria y poética usarían los mismos procedimientos.

Para Lacan se trata de ver si se pueden describir los mecanismos de funcionamiento del inconsciente descubiertos y expuestos por Freud (la condensación y el desplazamiento, propios del proceso primario), a través de figuras lingüísticas, lo que consigue con el uso de la metáfora y la metonimia, para cuyas definiciones se apoya en Jakobson. Dichas figuras de la retórica estarían en la base misma de formación del inconsciente. La *metáfora* es la sustitución de un significante por otro con el que tiene una relación de semejanza. La *metonimia* es la sustitución de un significante por otro con el que guarda una relación de contigüidad (continente/contenido, parte/todo, etc).

2.4.2. *Los tres registros psíquicos: Real, Simbólico e Imaginario*

Lacan organiza en estas tres categorías la estructura psíquica. Son tres registros solidarios, que para el ser hablante se presentan inseparables. Como una primera aproximación se podría afirmar la predominancia de lo simbólico, lo propiamente humano, sobre lo imaginario que compartiríamos con el mundo animal, pero ello no es totalmente así a lo largo de la obra lacaniana. El *modelo del nudo borromeo* intenta indicar la indisolubilidad de los tres registros que están continuamente entrelazados. Las tres categorías se encuentran a lo largo de toda la extensión de la enseñanza de Lacan, por lo que resulta muy complicado llevar a cabo un resumen de cada una de ellas.

Lo *real* es lo que hay antes del lenguaje, durante el periodo de la vida en que el niño es todavía *infans*, un real primitivo, no simbolizado. Es el mundo exterior, tal como lo llama Freud en algunos textos, aunque en él no está delimitado con claridad un concepto que se corresponda con lo real de Lacan. Este real, este mundo exterior que rodea al *infans* no es un caos ni una masa informe. Son formas alternantes «presencia sobre un fondo de ausencia», cuya aparición y desaparición conducirá al niño al juego del símbolo y al inicio de las primeras palabras (en una clara alusión al juego del carretito del nieto de Freud, quien exhibe o esconde el carretito afirmando o negando en consecuencia su existencia, el *Fort/Da* (está, no está) de *Más allá del principio del placer*, Freud, 1920g).

La madre es una forma privilegiada de lo real, *das Ding* (la cosa), pero la presencia y ausencia de la madre no es la única alternancia que produce lo real. También están el sueño y la vigilia, la noche y día, el espacio y tiempo kantianos, etc. Lo real está allí desde la eternidad, y se diferencia de lo simbólico porque está hecho de imposible, frente al orden simbólico. También la *interioridad del cuerpo* constituye otra forma de lo real (el cuerpo de la madre en particular), el cuerpo propio (lo constitutivo, lo biológico), las formas de la naturaleza, el sol, la luna, etc. Real y realidad no son lo mismo para Lacan. La realidad es un montaje entre lo simbólico y lo imaginario. Lo real está allí desde siempre.

De lo *simbólico* podemos decir, en general, que es el registro del lenguaje, el mundo de las leyes, de los códigos. Un momento determinado de esta adquisición para Lacan es la culminación del Edipo y la formación del superyó, una estructura simbólica como también lo es el *Ideal del Yo*. Los símbolos se gestan con la nominación. Si la cosa [*das Ding*] representa lo real, la palabra es la representación de lo simbólico. Por esa razón Lacan gusta de repetir la fórmula de Hegel *La palabra es la muerte de la cosa*. El momento bíblico de la creación del mundo, momento en

que Dios da nombre a las cosas podría representar ese poder creador simbólico de la palabra, la *palabra plena*, la que es como un acto, y provoca los cambios cualitativos, y que no hay que confundir con las habituales *palabras vacías*, sin ningún poder creativo ni comunicativo. Lo simbólico es la realidad del lenguaje, y de ahí su importancia en lo que se refiere a la psicoterapia psicoanalítica.

Lo *imaginario* se instala a partir del narcisismo, cuya presentación óptica es lo que intentó Lacan con su estadio del espejo (*véase después*). Como su nombre indica, tiene que ver con las imágenes. Es la relación fundamental de un sujeto con otro. Se instala a partir de esa relación dual primaria del niño con su semejante —ya sea otro niño, la madre o la imagen que le devuelve el espejo—, y que aún no proporciona subjetividad mientras se mantenga la fusión yo-imagen. El niño no ve en el otro más que un semejante con el que se confunde y se identifica (identificación imaginaria, narcisista, etc.). En el mundo humano adulto, el dominio de lo imaginario se encuentra en las fantasías diurnas, las ensoñaciones, los sueños, etc. En la psicoterapia es particularmente importante que el sujeto se apropie simbólicamente de sus fantasías, las integre, lo que en muchos casos de neurosis es la mayor fuente de resistencias por parte del paciente.

2.4.3. *El estadio del espejo*

En nuestra opinión, se trata de la aportación más original de Lacan a la teoría psicoanalítica. Ya hemos señalado cómo la primera presentación del mismo la llevó a cabo en 1936. La segunda y definitiva fue en 1949 en el XVI congreso de la *Asociación psicoanalítica Internacional*. Se trata de un momento del desarrollo del *infans*, entre los 6 y los 18 meses, confirmado por los experimentos con monos de los psicólogos de la Gestalt (Köhler), y significa un momento esencial del acto de inteligencia. De este momento privilegiado se pueden entresacar nociones importantes para la teoría psicoanalítica de la identificación.

En primer lugar la **Identificación primaria**, narcisista, dual, imaginaria. Origen de todas las identificaciones posteriores. Llena el vacío entre los dos términos de una relación (Cuerpo e imagen). Es alienante porque el niño no tiene ninguna distancia frente a ella, es su doble (imagen del espejo o niño-otro). Confunde su cuerpo con el de su semejante. Es la relación en la que Lacan coloca de forma más genuina el origen de la agresividad, que no se deriva de las frustraciones, sino del narcisismo (Masotta, 1992, pp. 69-70). Aquí se da el primer drama de la existencia, un momento esencial a conseguir: el advenimiento de la primera experiencia de unidad y localización del cuerpo. Pero *también* determina una relación alienante, la sujeción del niño a su imagen, a sus semejantes, a su

madre, al deseo de su madre, es la fijación psicótica. Luego tendrá lugar la **Identificación secundaria** o paterna, el orden simbólico que coincidiría con la instauración definitiva del superyó freudiano, y las relaciones triangulares, familiares y sociales.

2.4.4. Actualidad de las propuestas de Lacan

Tanto Lacan como sus seguidores rechazan la división estricta entre las disciplinas y, por lo tanto, también la dicotomía entre ciencia y poética. Puede ocurrir que ocasionalmente un físico o un matemático describan lo que hacen en términos poéticos o literarios en general. Su discurso podrá considerarse interesante, pero siempre puede ocurrir que se juzgue periférico respecto de los principios fundamentales de su «ciencia». Sin embargo, para Lacan, el chiste, los juegos de palabras, las bromas, la mitología, los materiales del poeta, todo ello son cosas que forman parte de una especie de juego, que es inseparable de lo que tiene de más serio la empresa psicoanalítica. El psicoanalista debe ser capaz de trascender la línea de separación entre el trabajo y el juego, y no pensar que hace ni ciencia ni poesía. Para Lacan, si no se supera en alguna forma esa línea de separación, no se es en modo alguno psicoanalista.

La polémica, tras la muerte de Lacan en 1981, continúa casi en los mismos términos y lo demuestra la reciente obra de Sokal y Bricmont (1998), que dedica su primer capítulo a Lacan (pp. 35-51). En ella encontramos un ataque a la excesiva y fantaseada matematización del psicoanálisis llevada a cabo por el parisino, y además, una crítica de «la ostentación de una erudición superficial y una manipulación de frases carentes de sentido» (p. 50). Para estos dos profesores de física, Lacan privilegia la «teoría» (es decir, los formalismos y los juegos de palabras) en detrimento de la experiencia y de la observación, y sus escritos, que adquieren con el tiempo un carácter cada vez más críptico, se están convirtiendo para sus discípulos en la base de una nueva religión. Que la aportación lacaniana sea importante no significa que su interpretación de la física o la matemática sea correcta o justificable. Extrapolar lo desconocido para justificar un cambio de paradigma es un tipo de impostura intelectual en la que han incurrido muchos postmodernos.

En nuestra opinión, es posible que tengan que pasar algunos años para poder valorar con mayor precisión las auténticas aportaciones de Lacan, separándolas de la ornamentación de su obra. Para Lacan su retórica y estilo eran muy importantes (el estilo es el hombre) pues Lacan siempre fue consciente de su barroquismo. Llegó a afirmar, sin rubor, que comprenderle llevaba su tiempo y exigía un proceso de «elaboración», ya

que lo que tenía que decir estaba inserto en su estilo. Pero como por desgracia en muchas ocasiones su estilo marcha a expensas de lo substancial. No es extraño que, a veces, Lacan sea considerado un frívolo, poco interesado en hacer comprender su mensaje.

Para terminar esta valoración, hay que resaltar que Lacan y su escuela se han preocupado, sobre todo, de la práctica teórica en psicoanálisis. Los aspectos más técnicos de la psicoterapia no han sido abordados con tanta profundidad. La aportación de Lacan consistió, sobre todo, en el intento de una ordenación teórica y epistemológica de los escritos freudianos, si bien, como se ha señalado en más de una ocasión, ha cometido algunos abusos.

Influidos por Lacan, de alguna manera presente en toda la teoría y clínica psicoanalítica producida desde los cincuenta, cabe mencionar a dos destacadas autoras que desarrollan un pensamiento original: Piera Aulagnier y Françoise Dolto. Piera Aulagnier (1923-1990) psicoanalista italiana que se analizó con Lacan, participando en la fundación de la Escuela Freudiana de París, que abandona en 1969 para formar el llamado Cuarto Grupo (OPLF: *Organización Psicoanalítica de Lengua Francesa*), ha producido un pensamiento muy interesante sobre la teoría y clínica de las psicosis (Aulagnier, 1977, 1986). Françoise Dolto (1908-1988) es, junto a Lacan, la otra gran figura del freudismo francés. Tras una singular historia personal (Dolto, 1991; Sauverzac, 1993) accede al psicoanálisis en 1934 y desde entonces desplegará una ingente obra sobre el trabajo con los niños y adolescentes psicóticos (Dolto, 1971, 1990) y la sexualidad femenina (Dolto, 1984, 1986, 1997). Segregada de la IPA a la par que Lacan, participó con él en la creación de la *Escuela Freudiana de París*, integrándose más tarde en el *Centre de Formation et des Recherches Psychanalytiques*. Su obra transcurre por una abundante casuística publicada, en la que destaca el *caso Dominique* (Dolto, 1973), la reflexión de los nexos entre fe y psicoanálisis (Dolto, 1991), y la creación de instituciones en que se trabaja psicoanalíticamente con niños muy pequeños, (p. ej., *La casa verde*). Por ello, es una figura de obligado estudio para todos los que trabajen en el ámbito clínico con los niños y adolescentes.

2.5. Christopher Bollas: Lo sabido no pensado

Christopher Bollas pertenece a la *Sociedad Psicoanalítica Británica*, y dentro de ella junto con Patrick Casement (1990a, 1990b, 2002) y Gregorio Kohon (1986) es la figura actual más representativa en el grupo de los *Independientes*. Ubicado dentro del marco epistemológico general del psicoanálisis, privilegia el estudio de la experiencia subjetiva como fuen-

te de conocimiento del Otro en el marco de la relación terapéutica y, en especial, del fenómeno de la identificación proyectiva.

En la introducción de su libro mas conocido, *La sombra del objeto* (1991), Bollas se inscribe en la línea de los analistas de la Escuela Británica que hacían escucha de las relaciones de objeto, concebidas interpersonalmente (Balint, Winnicott, Milner, Khan), y apela a su propia experiencia como terapeuta de niños autistas y esquizofrénicos para explicar su posición en la escena clínica. Estos niños, incapaces de *decir* (narrar) su experiencia, nos la pueden *mostrar* (hacer vivir) «si el clínico admite ser usado como un objeto y guiado a través de su propio mundo interno por entre la memoria que el sujeto guarda de sus relaciones de objeto» (1991, p. 17). Bollas critica que, ni la concepción psicoanalítica, clásica ni la lacaniana, aborden «el drama del sujeto y el otro en la transferencia, ni tampoco el carácter de aquella parte de la psique que vive en el mundo sin palabras» (1991, p. 17).

2.5.1. Modelo de hombre, de trastorno y de curación

Para Bollas, el ser humano posee desde el nacimiento un potencial de *propio ser* que tiende a realizarse e instalarse como sujeto en el mundo. Para ello ha de contar con un ambiente facilitador y usar los objetos a su disposición. Bollas define el Yo como «aquellos procesos organizadores inconscientes determinados por una estructura mental, que se desenvuelve a partir de la disposición heredada del infante y de la dialéctica entre, este carácter intrínseco del niño, y la lógica del sistema parental de cuidados. El yo precede en mucho al advenimiento del sujeto» (Bollas, 1991). Cada individuo posee una tendencia estructurante interior (una función yoica inicial). La persona se irá formando en una dialéctica entre las disposiciones heredadas y el ambiente. El objeto materno es concebido como proceso transformacional, en el que destacan más los ritmos, que los contenidos. De ahí se derivan una reglas de existir y vincularse que son la interiorización de la lógica de cuidados maternos. Su posición es compatible con las actuales formulaciones sobre las disposiciones innatas del bebé, la teoría del apego y los cambios evolutivos, e incluye una memoria no narrativa (de experiencia), que se aproxima a las actuales concepciones sobre *memoria procedimental* en el proceso de aprendizaje. El trastorno psíquico se derivaría de la insuficiente o inadecuada sintonización entre las necesidades del niño y la sensibilidad y atención maternas, ya que quedan huellas, sombras y memorias no narrativas de tales experiencias. El analista provee un entorno que facilita, y sugiere la regresión. Se ofrece a sí mismo para ser usado como objeto a fin de promover el desarrollo del self genuino.

Bollas es un autor muy original. Como pensador psicoanalítico ha desarrollado conceptos de Winnicott y ha aportado sus propias concepciones sobre el desarrollo del Self. Su capacidad literaria le permite una libertad y riqueza expresivas que, unidas a su intuición clínica, le han dado un lugar propio entre los psicoanalistas actuales, reconocido por todos los intersubjetivistas. Su formulación de *lo sabido-no-pensado* es cita obligada para cualquiera que quiera dar cuenta de las nuevas concepciones sobre el cambio y la adquisición de experiencia.

Cuadro 4. Nuevos conceptos psicoanalíticos propuestos por Christopher Bollas

La sombra del Objeto: El registro que el sujeto guarda de sus primeras relaciones de objeto es la «sombra del objeto que cae sobre el yo» y deja en el su huella. Ésta, sin embargo, puede existir sin representación mental ni registro lingüístico, sólo como experiencia de existir que tal vez el paciente puede transmitir proyectivamente. Es tarea del analista recibir subjetivamente esta experiencia y tratar de revivirla y ponerla a disposición del paciente en palabras. *Lo sabido no pensado* tal vez pueda ser tramitado por el analista y, transformado en palabras, reintegrado en la experiencia simbolizable del paciente.

Lo sabido no pensado: En los momentos iniciales de la vida, el niño es instruido por la madre en la lógica de existir y vincularse, y lo hace a través de innumerables contactos intersubjetivos en su función de objeto transformacional. Cada intercambio es un paradigma lógico donde se dará un compromiso entre la lógica heredada del infante con la lógica del cuidado materno. De esta forma, antes de que el niño sea capaz de representar mentalmente las reglas de su existir, ya «sabe» operativamente los rudimentos de la vida humana. De ahí la necesidad de un nuevo término que dé cuenta de aquello que el niño ha internalizado pero aún no ha procesado mentalmente. *Lo sabido no pensado* se apoya en el concepto winnicottiano de *Self verdadero*, privilegia lo generativo de la intersubjetividad, y adelanta la idea de un saber y una *memoria procedimental* o de unos *modelos de trabajo interno*, conceptos que avala la investigación evolutiva actual

Objeto transformacional: el modo en que la madre cuida al bebé y atiende a sus necesidades es designado por Bollas como el *idioma de cuidado materno* que transmite al hijo una *estética de existir* que éste incorporará a su Self. Partiendo del concepto de «madre ambiente» de Winnicott, la que se define como la figura que provee la continuidad del existir, fondo sobre el que se dará el intercambio intersubjetivo madre-hijo, Bollas intro-



duce su concepción de la madre como *proceso de transformación*. Define el objeto transformacional como la experiencia subjetiva primera que el infante con procesos que alteran la experiencia de sí» (1991, p. 30). Es decir, el niño experimenta, a través de los cuidados de la madre, una serie de transformaciones en su Self, que se dan con un ritmo determinado, en un proceso que es identificado posteriormente con un objeto con rasgos propios. No son sólo las reales alteraciones que la madre produce con su conducta sobre el niño; también las emergentes capacidades y oídas de éste, que logran cambios en su entorno, pueden ser identificadas con la presencia de un objeto transformador. Pero antes de que tal objeto exista por sí mismo, se ha establecido un saber sobre el mismo que es existencial y no representativo. El proceso transformacional se podrá desplazar después sobre objetos creados por el niño, que serán objetos transicionales, herederos del objeto transformacional.

Relación con el self como objeto: Inspirándose en Winnicott, Bollas elabora la relación con el self como objeto, pero elaborando y ampliando la idea en su estilo propio. Concibe la relación de la persona con el self como objeto como una relación en que el individuo puede objetivar, imaginar, analizar y gobernar el self por identificación con los otros primarios que participaron en la misma tarea. Resalta la necesidad de averiguar cómo cada persona se dirige a sí mismo en el espacio intrasubjetivo. En definitiva, «el trato que damos a nuestro self como objeto hereda y expresa, en parte, la historia de nuestra experiencia como objeto parental»

Talante: En relación con su interés por esas relaciones del self consigo mismo, Bollas se interesa por el talante como expresión de una experiencia propia de la persona que se sume en él. Entrar en un talante es, para el autor, la posibilidad de crear un estado de existir que represente un fragmento vivencial infantil. Distingue el talante maligno, que es un estado del self destinado a inducir al otro a alterar su actitud hacia el propio self, una suerte de manipulación, del talante *generativo* a través del cual la persona puede ponerse en contacto con el self niño, abriendo la posibilidad de generar saber.

Objeto conservativo: Aquello que tal vez encierre el *talante* típico de una persona es un *objeto conservativo*, la memoria existencial de un estado del Self que se ha conservado: «porque se liga al continuado trámite en que el Self niño sigue empeñado con algún aspecto del ambiente parental temprano» (1991, p. 140). Se da prioridad a la experiencia misma y no a sus representaciones. El objeto conservativo es una forma de lo sabido no pensado.

2.5.2. *Aportaciones Técnicas*

A lo largo de su obra, Bollas va a ir proponiendo ciertas modificaciones técnicas del modelo psicoanalítico clásico, coherentes con su concepción de la relación analítica dominada por la interacción transferencia-contratransferencia. Bollas propone una apertura al nivel de la comunicación inconsciente que el paciente hace de aspectos o fragmentos de su mundo interno, creando un ambiente en la escena clínica. Este ambiente se irá conformando a través de los denominados *talantes*, pero también de cualquier otro modo de expresión, mientras el paciente recrea su vida infantil en la transferencia, lo que forzará al analista a revivir tales vivencias contratransferencialmente. A partir de este presupuesto, el autor plantea sus propuestas de modificación técnica. En el trabajo *Usos expresivos de la contratransferencia*, comienza afirmando que «me parece crucial que los clínicos encuentren la manera de poner sus estados psíquicos subjetivos, como objetos del análisis, a disposición del paciente y de ellos mismos, aunque todavía desconozcan el sentido de estos estados» (Bollas, 1991, p. 242). Para ello ha de darse en el analista una predisposición contratransferencial; lo cual quiere decir que, lejos de evitar los sentimientos, ideas y sensaciones que nos produce el paciente en aras de una supuesta neutralidad, Bollas nos propone crear un espacio interior que dé opción a que tales fenómenos se expresen, considerando que son producto de la asociación libre que, a través nuestro, hace el paciente. Aceptar que el estado contratransferencial más común es un *no-saber-pero-vivenciar*, implica tolerar la incertidumbre que el paciente nos crea, consintiendo que éste nos manipule a través del uso transferencial, hasta darnos una identidad de objeto (uso del analista-terapeuta como objeto del paciente).

En tal disposición, el analista se sentirá inevitablemente perturbado por el paciente, lo que Bollas concibe como un «enfermar» que requiere su propia cura, que es, a la vez la del paciente. Un paso más allá, Bollas se planteará el uso de lo subjetivo por el analista. Aquello que éste deja que surja en sí y le afecte, es, en definitiva, algo que el paciente perdió para sí mismo, y que hay que poder mostrarle. Para ello, Bollas se acoge a la idea winnicottiana de *jugar* con objetos subjetivos presentados al paciente, que no han de ser considerados como versión oficial de la verdad. Propone, desde su propia experiencia, desvelar sus sensaciones o intuiciones al paciente, de un modo «no traumático», y en dos posibles grados o modalidades que denomina, respectivamente, uso indirecto y directo de la contratransferencia. Considera que éste proceder, para el que recomienda cautela y sensatez, facilita el proceso analítico y privilegia «la sensación mutua de haber tocado en la sesión un detalle que produzca en ambos, analista y analizando, el pleno convencimiento de que el self genuino del

paciente ha sido descubierto y registrado» (Bollas, 1991, p. 252). Así, al revelar algunos de sus estados anímicos subjetivos, el analista pone a disposición del paciente sentimientos que él sabe han sido inducidos por alguna parte del paciente. Al mismo tiempo permite al paciente comprender que su relación con lo sabido no pensado es reflexiva, aunque no se sepa aún su significación. En su función de *objeto transformacional*, el analista debe indicar que percibe algo, que toma en cuenta algo de lo que le comunica el paciente, aunque tal percepción lo sea aún sólo de un movimiento, todavía no formulado, de una potencial significación. Compara Bollas esta función con la que en su momento debió ejercer la madre en su percepción, recepción y transformación de los estados del niño. El analista debe estar dispuesto a ser «usado» y, a través de tal uso, podrá entender la huella de los primeros objetos que marcaron al paciente. Cómo usar, a su vez, lo que del paciente recibe es lo que le lleva a proponer modificaciones de la técnica tradicional. Estas se basan, esencialmente, en un mayor desvelamiento de la subjetividad del analista. Pero no se limita a proponer revelar al paciente sensaciones o intuiciones antes de que su formulación interpretativa tenga posibilidad de «decirse». También propugna una actitud activa hacia lo que llama *psicoanálisis de los instintos de vida*, que incluye la *celebración del analizando*.

2.6. André Green

Green es uno de los autores del psicoanálisis actual de mayor relevancia. Pretende integrar una teoría del lenguaje y de la representación, sin reducir el psicoanálisis a un juego de significantes lingüísticos. A partir de una detallada relectura de Freud, sin dejar de revisar ni reelaborar ningún rincón de su obra, Green integra la propuesta lingüística de Lacan con la elaboración de la relación objetal en Winnicott. Pero fundando todo ello en la teoría pulsional freudiana. A partir de 1966, su obra sigue dos direcciones principales: el estudio clínico y teórico del *narcisismo* y el de la *patología límite*.

Cuadro 5. Reseña biográfica de André Green (1927)

André Green nace en El Cairo el 12 de marzo de 1927, donde vive sus primeros 19 años en contacto con la sociedad francófona y el medio judío de sus padres. Se educa en el Liceo francés de El Cairo. Último de cuatro hermanos, con gran diferencia de edad, pierde a su padre a los 14. Toma contacto con el psicoanálisis por vez primera a los 18 años, a través de una



profesora de filosofía que le hizo leer *Introducción al psicoanálisis*. Realiza en El Cairo el curso preparatorio para estudiar medicina, y en el 46 emigra a París. Comienzan entonces años duros: aislamiento, restricciones propias de la post-guerra, ambiente frío y distante de la sociedad parisina. Continúa con su carrera orientándose hacia la psiquiatría hasta que, en 1953, logra hacerse psiquiatra. Su formación psiquiátrica, clínica, se desarrolla en el *Hospital Psiquiátrico de Sainte-Anne* de París, un lugar multidisciplinario donde trabaja con clínicos como Julian de Ajuriaguerra y Henry Ey. Este último es quien más influyó en su pensamiento psiquiátrico. Allí va a encontrar también a la mayoría de las personas que habrán de influir en su pensamiento psicoanalítico, sobre todo, Lacan, pero también Pierre Male, Francis Pasche o Pierre Marty. Sus últimos lazos con la psiquiatría mueren con H. Ey, si bien ya estaba cada vez más orientado hacia el análisis, pues rechazaba la preponderancia de la causalidad orgánica.

Green comienza a analizarse en 1956 con Maurice Bouvet, de la *Sociedad Psicoanalítica de París* (SPP), al tiempo que asistía al seminario de Lacan. Como dice Duparc: «el compromiso de Green con ambas corrientes de la escisión fue coherente desde el primer momento, dada su posición teórica futura entre el cuerpo y la psique pura, entre Bion, Winnicott y Lacan, entre la clínica arcaica y la metapsicología más freudiana, entre la madre objeto de la locura primaria y el padre garante del triángulo edípico» (Duparc, 1999). Según dice, fue la lectura de un trabajo de M. Bouvet, sobre relaciones de objeto, lo que le decidió a tomarle como analista.

Frente a la proposición de Lacan de que el universo de las palabras creaba el universo de las cosas y, en consecuencia, el psicoanálisis sólo debía interesarse por los dichos del paciente, Bouvet proponía, al contrario, que son las relaciones de objeto las que presiden el discurso del paciente.

De 1956 a 1960 se forma en el Instituto de Psicoanálisis de París. En 1961 empieza a asistir regularmente a los seminarios de Lacan mientras seguía siendo miembro de la SPP. Hasta 1967 participa activamente en dichos seminarios.

Desde 1961 empieza a tener contacto con psicoanalistas de la Sociedad Británica, conociendo a D. Winnicott, H. Rosenfeld, H. Segal y J. Klauber, cuyas presentaciones clínicas le habían impresionado. «Así descubrí otra manera de comprender la práctica psicoanalítica y de interpretar la escucha» (*De Locuras privadas*, 1990). En 1967, tras la crítica de Lacan a su trabajo sobre el narcisismo primario (por no haber tenido en cuenta suficientemente sus ideas), cesa su colaboración con él, al tiempo que se interesa más en la obra de los británicos. «Desde ese momento me convertí en ferviente defensor de la *entente cordiale* en psicoanálisis» (Green, 1990).

En 1972, a instancias de Jean Baptiste Pontalis, pasa a formar parte del comité editorial de la *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, donde se encuentra



con colegas de su generación que también siguieron y abandonaron a Lacan. Estimulados por Masud Khan se dedican a traducir la obra de Winnicott y de otros autores anglosajones. Concretamente, Green subraya que la obra *Realidad y Juego* de Winnicott es una de las fundamentales en el psicoanálisis contemporáneo.

Green ha sabido mantenerse en contacto fecundo con las corrientes psicoanalíticas opuestas. Manteniendo como lugar de referencia la SPP, se interesa activamente y sin ambages por la corriente lacaniana; descubre luego a Winnicott de quien toma el interés por lo empático y maternal, y en 1970, descubre a Bion, a quien describe como «un padre espiritual más cercano que lo que pudo ser Lacan» (Duparc, 1999). Quizás esa capacidad para relacionarse con corrientes distintas facilita que en 1987, con actitud abierta a diferentes formas de pensar, si bien permaneciendo fiel a Freud, pase a dirigir la SPP, donde van asentándose sus ideas.

2.6.1. Principales conceptos psicoanalíticos propuestos por André Green

Lo negativo:

Una de las más conocidas aportaciones de Green al pensamiento psicoanalítico es su conceptualización de lo negativo, que recogerá, sistemáticamente, en su libro *El trabajo de lo negativo* (1994). Es a partir de los casos límite o muy difíciles que el autor va desarrollando teóricamente lo que se ha dado en llamar *clínica del vacío o de lo negativo*. Estudiará así un narcisismo negativo o de muerte, una alucinación negativa, o la psicosis blanca, desarrollos que por su interés expondremos más adelante.

En el texto citado recoge los orígenes filosóficos del concepto, alude a los autores psicoanalíticos que exploraron lo negativo y analiza el alcance de lo negativo en el teatro mental. Podemos acercarnos a la comprensión de la teoría de lo negativo a partir del análisis que hace Green sobre la **polisemia lingüística de lo negativo**, análisis en el que registra cuatro sentidos:

- un primer sentido de lo negativo como *oposición* a algo positivo, como resistencia a una entidad distinta, lo que puede conllevar la destrucción;
- un segundo sentido indica la *relación simétrica* sin lucha, simple contrario de valor equivalente;
- el tercer sentido remite al estado de una cosa que, contrariamente a las apariencias, continúa existiendo incluso cuando ya no es per-

ceptible por los sentidos; no solamente en el mundo exterior, sino en el interior. Remite a la noción de *ausencia* y de *latencia*, y es, por tanto, el que más interesa al psicoanálisis. El psicoanálisis se interesa por este sentido de lo latente, lo que no debe ser hecho presente, que incluso debe haber sido olvidado, es decir, privado de cualquier fuerza de representación y borrado.

- Luego, sintetizando, podemos entender lo negativo como aquello que falta, que está ausente, el lugar vacío de lo que fue e, incluso, aquello cuya existencia se niega o se ignora.

Green confiere al *trabajo de lo negativo* un sentido tanto *estructurante* como *desestructurante*. La falta (de satisfacción de una necesidad, de objeto) puede dar lugar a una estructura positiva que garantice la continuidad del desarrollo, como ocurre con la creación del objeto transicional que formuló Winnicott: aquí lo negativo es estructurante. Pero si la falta es tal que no se puede elaborar y se intenta evacuar, expulsar, tenemos una «negatividad de lo negativo», que se perpetúa en un sentido desestructurante. Nada puede construirse en esa especie de «agujero negro».

Al poner el acento en los efectos de la falta, la teoría psicoanalítica se enlazó desde el principio a lo negativo. Mediante la secuencia: vivencia de satisfacción-huella de esta vivencia - pausa - resurgimiento de la necesidad - reinvestidura de las huellas de la vivencia de satisfacción(deseo)-realización alucinatoria del deseo-fracaso de esta realización - señales de desvalimiento - retorno del objeto que aportó la satisfacción y nueva vivencia de satisfacción. Todo este sistema está animado por las pulsiones en pos de satisfacción, y como esta no es posible de forma inmediata e integral, aquí se dan el momento y el lugar en que puede tener cabida el trabajo de lo negativo: el deseo que reinvierte las huellas de una vivencia de satisfacción es un movimiento. Tal dinamismo a la búsqueda del objeto a partir de su huella remeda el movimiento de la boca del sujeto en busca del pezón. Luego las representaciones inconscientes son el producto de una negativización de la pulsión, puesto que ésta encuentra primeramente el vacío antes de trasformarse en movimiento de deseo.

En síntesis, Green investiga el trabajo de lo negativo en dos ámbitos: uno, en aquellos aspectos inherentes a la actividad psíquica más general que define como la negativización de un exceso (lo pulsional), cuyas manifestaciones serían la represión, la identificación y la sublimación. Otro, en aquellos aspectos que tienen en común la desorganización: el narcisismo negativo, la reacción terapéutica negativa, la alucinación negativa.

Revisión de la pulsión de muerte:

Green, consciente de la polémica que ha suscitado entre los psicoanalistas, retoma la *pulsión de muerte*, para explorar si es un concepto útil, incluso el valor del mismo concepto de pulsión. En la misma dirección que Freud, Green sostiene la hipótesis de que la función autodestructiva cumple un papel correspondiente para la pulsión de muerte al que cumple la función sexual para el Eros. Difiere del maestro en que no cree que tal función autodestructiva se exprese de manera primitiva, espontánea o automática.

Parte de dos presupuestos: que es imposible decir algo acerca de la pulsión de muerte sin tomar como referencia la pulsión de vida; y que el objeto es el revelador de las pulsiones; no las crea, pero es la condición de su advenimiento a la existencia. A partir de ahí su propuesta de que la meta esencial de las pulsiones de vida es asegurar una **función objetalizante**, mientras que la de la pulsión de muerte es desempeñar al extremo una **función desobjetalizante** por medio de la desligazón.

La *función objetalizante* no solamente establece relación con el objeto, sino que es capaz de transformar estructuras en objeto, o sea, que puede hacer advenir al grado de objeto algo que no tiene sus atributos, a condición de que el trabajo psíquico realizado tenga la característica de la *investidura significativa*.

Igualmente, en la *función desobjetalizante*, no sólo se ataca el vínculo con el objeto, sino también todos los sustitutos de éste, incluido el hecho mismo de la investidura en tanto ha sido objetalizada. Así, afirma, que la manifestación propia de la destructividad de la pulsión de muerte es la *desinvestidura* (retiro de la energía psíquica de un objeto o representación).

Llevado a la clínica, apunta Green de modo esclarecedor a lo que considera una de las grandes paradojas en la experiencia psicoanalítica, en la melancolía, la función desobjetalizante no se debe al trabajo de duelo, sino que es justo lo que lo impide.

De ahí va a derivar la hipótesis de un «**narcisismo negativo** como aspiración al nivel cero, a la inexistencia, la anestesia, el vacío, *lo blanco* (espacio no ocupado, no impreso), ya sea que eso blanco invista el afecto (la indiferencia), la representación (la alucinación negativa) o el pensamiento (psicosis blanca). Narcisismo negativo expresión de una función desobjetalizante que no se conformaría con recaer sobre los objetos o sus sustitutos, sino que recaería sobre el proceso objetalizante mismo» (p. 123).

La función desobjetalizante la identifica Green, aparte de en la melancolía, en patologías como el autismo infantil, formas no paranoides de la psicosis crónica, en la anorexia mental y en diversas expresiones de la psicósomática del lactante.

A la luz de esta visión de las pulsiones de vida y de muerte, reinterpreta la función de los mecanismos de defensa desde el plano de la polaridad ligazón-desligazón. Así, cuanto más nos acercamos a la represión, más se da la religazón inconsciente por vía de mecanismos secundarios o lo que es lo mismo, cuanto más nos alejamos de la represión, en relación con otros mecanismos de defensa primarios como la escisión, *forclusión* (Verwerfung), la desligazón prevalece y limita o impide la religazón. Bajo este prisma interpreta la identificación proyectiva como destinada a «reforzar la desmentida de la escisión que impulsa a la desobjetalización, ello pese a la aparente objetalización intentada por la proyección y por la identificación con las partes proyectadas» (pg.124). De hecho, «el éxito de la desinvestidura desobjetalizante se manifiesta en la extinción de la actividad proyectiva que se traduce entonces fundamentalmente por el ceñimiento de muerte psíquica (alucinación negativa del Yo), estado que precede, a veces en poco, a la amenaza de pérdida de la realidad externa e interna.

Green es contundente al afirmar sus propuestas básicas: «La mira objetalizante de las pulsiones de vida o de amor tiene por consecuencia capital el realizar, por mediación de la función sexual, *la simbolización*».

La alucinación negativa:

André Green sitúa la alucinación negativa en el mismo origen del narcisismo primario que, para constituirse como fuerza del yo ha de contar con tres mecanismos: el autoerotismo, el doble retorno de la pulsión y la unificación de los aspectos parciales del objeto (estadio del espejo). El momento cumbre, sin embargo, es cuando el niño logra negativizar la presencia de la madre, creando un encuadre, un espacio vacío, que será el fondo donde inscribir los contenidos autoeróticos y luego las relaciones de objeto. El exceso de presencia de la madre impide tal alucinación negativa. No se constituye así suficientemente el espacio vacío en que se inscriben las representaciones. El psicótico estará abocado a una continua alucinación negativa de su pensamiento, una especie de evacuación continua por una continua invasión. Aquí es donde la alucinación negativa se instala al servicio de la *pulsión de muerte*, y el intento de cura es el delirio o la alucinación positiva. En su estudio de la alucinación negativa asociada a la percepción, Green plantea que es en realidad la etapa previa en la que se borra la percepción, dejando espacio para

la proyección de la representación inconsciente, es decir, que antecede a la alucinación positiva. En realidad, lo que se produce o amenaza producirse es una colisión entre una percepción externa y una representación interna. Esto constituye una amenaza para la integridad narcisista, por lo que la percepción debe ser negativizada.

La psicosis blanca:

Nos detenemos en este concepto porque contiene valiosos elementos del pensamiento de Green que han influido mucho en el psicoanálisis contemporáneo. Lo que el autor denomina psicosis blanca (ya hemos hecho referencia a la idea de «lo blanco») es clínicamente una estructura psicótica en estado latente, invisible, en negativo, núcleo en sí de la psicosis antes de un eventual repliegue sobre sí (como en la Hebefrenia o en el Autismo), o un intento de curación delirante (psicosis delirante). Como señala Duparc (1999) es a partir del famoso caso que se expone en *El hijo de eso* (1973) cuando desarrolla Green su concepción de la psicosis blanca, clínicamente asintomática, pero que expresa en definitiva la acción de la pulsión de muerte.

Desde el punto de vista metapsicológico, en esta estructura no existe triangulación edípica, discriminación de función paterna y materna. Solo existe, por un lado, lo bueno y lo malo, y por otro, la no presencia (o pérdida) y la presencia invasora. Lo bueno, inasequible o efímero, lo malo, siempre invasor. Tanto la presencia invasora como la inaccesibilidad impiden el pensamiento porque en ambos casos es imposible constituir la ausencia. El objeto siempre presente, invasor, moviliza una contrainvestidura constante, y por ello no puede ser pensado. El objeto inaccesible, al no poder ser traído de forma consistente o duradera al espacio personal, no puede formar presencia imaginaria o metafórica. Tal conflicto crea una idealización del objeto bueno inaccesible y la persecución continua por el objeto malo. Hay que señalar aquí que Green se inspira y desarrolla la teoría de Bion sobre el ataque al pensamiento en la psicosis.

El efecto de todo ello no sería una psicosis manifiesta ni una depresión franca, sino una parálisis del pensamiento que se traduce en una **hipocondría negativa de la mente**: cabeza vacía, agujero mental, imposibilidad de concentrarse, de memorizar. El analista responderá al vacío con un esfuerzo intenso de pensamiento, para tratar de pensar lo que el paciente no puede pensar, y que se traduce en un aflujo de representaciones fantasmáticas que tratan de evitar la muerte psíquica. El dilema del analista es que si por medio de la interpretación llena precozmente el vacío, repite la intrusión del objeto malo; si, por otro lado, no interviene, repite la inasequibilidad del objeto bueno. La solución está en el espacio intermedio,

de elaboración, el espacio de la potencialidad y de la ausencia. Recuerda Green que Freud ya formuló que es en la ausencia del objeto donde se forma la representación de éste, fuente de todo pensamiento.

2.6.2. *El lenguaje en psicoanálisis*

Según Duparc (1999), Green habría sido el primero en entender que no se puede prescindir de una teoría del lenguaje y de la representación, pero que tampoco se puede reducir el psicoanálisis a un juego de significantes lingüísticos como hizo Lacan. En este sentido es emblemático su trabajo titulado *El discurso vivo* (1973). En él, Green rastrea minuciosamente la huella del afecto en los textos de Freud, rebatiendo las ideas de Lacan —quien prescinde del afecto— y reelabora luego la integración del afecto en relación a las instancias psíquicas, la representación y el lenguaje. En una elaboración más clínica, Green revisa las transformaciones del afecto en las distintas patologías. Establece también tres tipos de discursos del paciente en función de su tonalidad afectiva. En el primer tipo el afecto invade el discurso, lo densifica y compacta en exceso. En el segundo tipo el torrente asociativo oculta el afecto y la transferencia. En el tercer tipo, el ideal, silencio y discurso se articulan, y el afecto alimenta el tejido asociativo sin interrumpirlo. Ambos tipos de afecto, primario y secundario, son en realidad indisociables, extremos polares de un continuo.

A juicio de Duparc, la obra de Green *El lenguaje en psicoanálisis* (1983) le consagra como el único psicoanalista francés, aparte de Lacan, que ha elaborado una teoría completa y estructurada del lenguaje.

Su concepción psicoanalítica del lenguaje parte de un supuesto: «si el lenguaje es mediación hacia el inconsciente, entonces hay que someter la palabra y sus condiciones de producción a una modificación tal que la función mediadora se vuelva audible» (p. 110). En este sentido destaca tres aspectos de los parámetros aludidos propios del encuadre: **privativos, coactivos y aumentativos**. Conforman así el encuadre un dispositivo psíquicoanalítico destinado a transformar hasta lo posible el aparato psíquico en aparato del lenguaje. El encuadre, guardián del análisis al modo en que el sueño lo es del dormir, favorece la aparición de esos objetos de tercer orden, lingüísticos, que sustituyen a los objetos de la realidad psíquica y material. La función del encuadre es lograr una metaforización polisémica: metáfora del sueño (constancia, restricción motriz, etc), disminución de las barreras entre las realidades material y psíquica, vectorización de la representación de objeto hacia la representación de palabra en presencia del otro. Este dispositivo psicoanalítico permite que sobrevenga *el otro del objeto*, poniendo en juego la *teoría de la triangulación generalizada con tercero sustituible*.

Green propone considerar la palabra analítica como única, rechazando cualquier asimilación con cualquier otro campo, y descubrir, por tanto, sus parámetros propios. Si la lengua es norma, su propósito de dominio es primordial, y ello conlleva la desvitalización hasta la muerte propia de los lenguajes desubjetivizados. Recuerda que algunos autores, como Bion, asocian la adquisición del lenguaje con los procesos de duelo de la fase depresiva y, por tanto, con su papel organizador de la estructura psíquica. La obra de Green, todavía en desarrollo, no puede ser descrita aquí, ni en su complejidad, ni en su alcance, más allá de estas ideas iniciales, que el lector interesado podrá completar con su extensa obra (Green, 1986, 1990, 1992, 1993, 1995a, 1995b, 2002a, 2002b).

Hasta aquí, los desarrollos psicoanalíticos que mantienen en lo esencial las propuestas freudianas. Revisaremos a continuación otra perspectiva, que bajo una rúbrica muy genérica, «relacional» abre el escenario del sujeto freudiano al horizonte de lo social.

3. EL PSICOANÁLISIS RELACIONAL Y LA TEORÍA INTERSUBJETIVA

La teoría de la intersubjetividad está siendo incorporada por el psicoanálisis contemporáneo en diferentes grados, en función del posicionamiento a favor o en contra de un cambio de paradigma en psicoanálisis (Khun, 1962). Las aportaciones de esta teoría pueden clasificarse en tres grandes apartados: revolución epistemológica respecto al psicoanálisis clásico, redefinición de los conceptos teóricos básicos y aplicaciones técnicas. De estos tres aspectos, el campo de la reconceptualización teórica es el que ha obtenido un mayor grado de aceptación general. Resulta indiscutible la importancia del análisis de la interacción paciente-terapeuta y la redefinición de los términos teóricos básicos (resistencia, transferencia, contra-transferencia, etc) para poder abarcar también el factor de la actividad del analista sobre el paciente.

En cuanto al estilo técnico que desde esta perspectiva se propondrá, resulta de una importancia incuestionable un elemento esencial, el hacer foco en la actividad del analista, más allá de que se encarne parcial o completamente como método de trabajo. Las críticas más fundadas a este nuevo enfoque se basarán en las lagunas técnicas más que en los aportes teóricos. Por ejemplo, la teoría de la intersubjetividad se centra en dos factores del vínculo terapéutico: la interrelación y la influencia del terapeuta sobre el paciente. Falta el análisis del tercer factor: la influencia del paciente sobre el analista, un objeto de estudio bien desarrollado por la

escuela británica de las relaciones objetales (Bollas, 1987) al que hemos hecho mención con anterioridad.

Ahora bien, donde la controversia se radicaliza es en la cuestión del cambio epistemológico. La teoría de la intersubjetividad propone implícitamente un cambio paradigmático. Se cambian las bases, los fundamentos explicativos del desarrollo y la patología: no son las pulsiones, sino las relaciones, el motor de la vida psíquica. Cambia la definición del objeto de estudio: no es el individuo aislado, sino el campo intersubjetivo, o la matriz de relaciones. Y cambia radicalmente el papel del terapeuta: ya no es un científico neutral, sino un observador que influye y al que hay que observar.

En este sentido, se puede encuadrar dentro de las teorías relacionales modernas que se centran en uno u otro de los elementos del campo intersubjetivo: la psicología británica de las relaciones objetales (en el objeto), las nuevas investigaciones sobre el desarrollo infantil (en la interacción) y la psicología del self de Kohut (en el Self). A diferencia de estas teorías, la teoría de la intersubjetividad junto a la teoría relacional de Mitchell mantienen un combate por el cambio epistemológico en psicoanálisis. Stolorow mantiene una epistemología radical anticartesiana y critica el mito de la mente aislada del psicoanálisis clásico. En su lugar, propugna un continuo contextualismo, un permanente análisis del entorno para la comprensión de los fenómenos psíquicos. Esto requiere el abandono de la metapsicología clásica por una epistemología relativista que acepte las limitaciones de la perspectiva del terapeuta, y analice estas limitaciones para poder lograr un aumento del grado de comprensión. Stolorow no rechaza el conocimiento acumulado por el gran número de teorías psicoanalíticas, sino que propone un nuevo marco epistemológico donde puedan usarse estas teorías, así como criticar los límites de las teorías mismas.

Naturalmente, estas cuestiones generan debates con posiciones muy divergentes. Los partidarios y detractores del cambio de paradigma se comportan como en cualquier campo de conocimiento, según ha explicado Khun en su *Estructura de las revoluciones científicas* (Khun, 1962). Entre los muchos ejemplos de cambio de paradigma que ofrece Khun, uno es especialmente ilustrativo por su sencillez: el concepto de péndulo de Galileo.

Antes de Galileo, la caída de un cuerpo atado a una cuerda era estudiada por los aristotélicos como una caída forzada, un movimiento acelerado sujeto a determinadas resistencias. En este sentido, analizaban la velocidad de caída y el tiempo necesario para llegar al reposo. Galileo

cambia el paradigma y concibe una nueva *gestalt*, una unidad compleja entre el peso y la cuerda a la que se denomina péndulo. Sólo a partir de esta nueva *gestalt* podían alcanzarse las leyes del péndulo: la independencia del periodo de la amplitud del movimiento. Y así, posteriormente, utilizarse para la medida del tiempo y la construcción de relojes. Esto mismo ocurre cuando se adopta el nuevo paradigma relacional-inter-subjetivo. Los paradigmas no son comparables, quien adopta uno u otro ordena y comprende el mismo conjunto de datos de forma diferente. Ahora bien, la teoría de la intersubjetividad apuesta por una epistemología hermenéutica, al estilo de otras ciencias sociales como la historia. Examinaremos a continuación dos perspectivas, una más general, la de S. Mitchell, y otra más específica, la de R. D. Stolorow.

3.1. Stephen Mitchell: El psicoanálisis relacional

Stephen Mitchell ha sido una figura central en la sistematización contemporánea del psicoanálisis relacional, una perspectiva que resulta de integrar las diferentes tendencias interpersonales, evolutivas, culturales e interaccionales en el ámbito del psicoanálisis, principalmente desde H.S. Sullivan (véase Capítulo 5), y que adquiere una suficiente diferenciación de otras posiciones cercanas (principalmente la Psicología del Self y la Teoría intersubjetiva) a finales del siglo XX. Para Frankel (1988) el modelo relacional del psicoanálisis supone una *posición integradora de los enfoques interpersonal y evolutivo, mientras que se han ido integrando con ambas* las críticas feministas, los modelos constructivistas y, más en general, el pensamiento postmoderno acerca de la posición del sujeto en el mundo contemporáneo.

Entre los autores relacionales hay posiciones moderadas, que dan primacía al Self en la organización de la experiencia, y posiciones más radicales, que proponen un modelo constitutivo y funcionalmente interpersonal. Mitchell plantea un equilibrio entre ambas posturas.

«En el modelo relacional, las relaciones con los demás y no las pulsiones son la materia prima de la vida mental. No nos describen como un conglomerado de impulsos de origen físico, sino como si estuviéramos conformados por una matriz de relaciones con los demás, en la cual estuviéramos inscritos de manera inevitable, luchando simultáneamente por conservar nuestros lazos con los demás, y por diferenciarnos de ellos (...) La unidad básica de estudio no es el individuo (...) sino un campo de interacciones dentro del cual surge el individuo y pugna por relacionarse y expresarse. El deseo siempre se experimenta en el contexto de la relación y este contexto define su significado» (Mitchell, S., 1993).

Para Mitchell (1993), el psicoanálisis relacional implica un cambio de paradigma sobre la mente, a la que redefine como un «modelo de transacciones y estructuras internas derivadas de un campo interactivo e interpersonal». El concepto central del modelo es la Matriz relacional, que Mitchell propone para superar la dicotomía entre lo interpersonal y lo intrapsíquico, «matriz de relaciones con los demás, en la cual estuviéramos inscritos de manera inevitable luchando simultáneamente por conservar nuestros lazos con los demás y por diferenciarnos de ellos» (Mitchell, 1993, p.26).

Por tanto, la unidad básica de estudio no es el individuo como entidad separada cuyos deseos chocan con la realidad exterior, sino un campo de interacciones dentro del cual surge el individuo y pugna por relacionarse y expresarse. La persona sólo es inteligible dentro de la trama de sus relaciones pasadas y presentes, donde son claves las experiencias pre-verbales vividas en momentos clave del proceso de desarrollo, que influirán en el futuro las relaciones adultas. El trabajo analítico implica el descubrimiento, la participación, la observación y la transformación de estas relaciones y de sus representaciones internas (Mitchel, 1993).

Para Mitchell los esquemas repetitivos de la experiencia humana se derivan de una tendencia general a conservar la continuidad, las conexiones y la familiaridad del mundo personal e interactivo. Las configuraciones relacionales básicas tienen tres dimensiones: el Self, el Otro y el espacio entre ambos. Cómo fueron las primeras relaciones estructurantes (escenarios obviamente pre-edípicos) determina las estructuras de relación objetal que organizan la experiencia de las relaciones actuales, incluida la relación analítica, lo cual puede ser utilizado como escenario para el cambio. Este escenario de cambio potencial implica el encuentro entre un modelo del «paciente», como *niño* incapaz de encarar ciertos aspectos de la realidad, en oposición a ser un adulto con la capacidad para encarar la realidad displacentera tal como se presenta (Ghent, 1992), y una idea del analista como **objeto parental protector**. En el espacio relacional que ambos comparten se ponen en juego percepciones inconscientes sobre lo que el paciente percibe de la mente del analista, y lo que el analista percibe de la mente del paciente. Si hay sintonía afectiva, no verbal, existe la posibilidad de que el tipo de nueva relación que se establece entre ambos desconfirme los patrones arcaicos de relación que determinan la patología. La idea de mutualidad paciente-terapeuta (que desde Ferenczi retoman los Psicólogos del Self) está implícita en este proceso.

Cuadro 6. Características de la intervención analítica en la perspectiva relacional

1. El analista despliega su disposición a prestar atención a los diversos estados del Self. La influencia de Kohut es patente.
2. El analista es sensible a la experiencia de vulnerabilidad del paciente. Le orienta la empatía con el Self indefenso, que le conecta con las experiencias de vulnerabilidad y las necesidades, tanto de autorregulación, como de dirección de la interacción.
3. El foco de trabajo es aquello que se despliega en el campo intersubjetivo, lo que surge entre el paciente y el analista. Se enfatiza la figura del analista como objeto «útil» (objeto terapéutico) para el paciente: «Vehículo para la autoexploración» (Mitchell, 1993).
4. Posibilidad de que el analista se constituya como objeto terapéutico, entendido este como un «compañero de juego». Se aceptan los estados regresivos, e incluso la supresión de algunos límites entre paciente y analista.
5. Se ve al paciente como un niño incapaz de encarar aspectos de la realidad con modos típicos de ser un adulto.
6. Se promueve la capacidad para afrontar los aspectos frustrantes de la realidad, tal como se presentan.
7. El analista funciona como objeto parental protector.
8. Se acepta la idea de que en el paciente opera una percepción inconsciente significativa de la mente del analista.
9. Se ofrece un modo de interacción en que el analista se incluye en una experiencia compartida, y en una representación mutua en la que no está claro quién (de los dos) está haciendo o sintiendo qué cosas (experiencia de mutualidad).

3.2. Robert D. Stolorow: La teoría intersubjetiva

Con más pretensiones epistemológicas que el modelo relacional, la teoría de la intersubjetividad se ofrece como una revolución respecto al psicoanálisis clásico. El líder de esta corriente, Robert D. Stolorow, en sus comienzos como estudiante en Harvard, vivió en un ambiente universitario singular: sus profesores pertenecían a una tradición en psicología clínica denominada «personología», que había sido fundada por Henry Murray, y se centraba en el estudio sistemático de casos individuales a lo

largo de mucho tiempo. El énfasis estaba en la comprensión en profundidad de lo «específico» y único de un determinado universo subjetivo. Justo el enfoque contrario al dominante en la psicología académica y al pretendido por el psicoanálisis en Norteamérica: ser considerado científico, la búsqueda de explicaciones causales, de lo «común» a grandes agrupaciones psicopatológicas: los histéricos, los obsesivos, los fóbicos, etc. *Caras en una nube* (Stolorow y Atwood, 1979), su primera obra, propone relacionar las teorías de Freud, Rank, Jung y Reich con sus biografías, sus particulares mundos subjetivos. Del análisis de esa relación se deduce que las preocupaciones subjetivas de cada uno de estos autores determinaba en buena medida sus conclusiones teóricas. Es decir, las teorías psicológicas pretenden convertirse en explicaciones universales del comportamiento humano, pero en realidad tienen un ámbito de aplicación limitado precisamente por la subjetividad de sus creadores. Esta reflexión le lleva a concluir que «lo que el psicoanálisis y la teoría de la personalidad necesitan es una teoría de la subjetividad misma —un marco unificador que pudiera, no sólo investigar los fenómenos psicológicos que las otras teorías estudian, sino que también pudiera analizar las teorías mismas» (Stolorow y Atwood, 1979)—. Asumido este proyecto, Stolorow y su grupo de colaboradores han ido desarrollando una nueva epistemología para el psicoanálisis, en abierto enfrentamiento con la freudiana y kleiniana.

En primer lugar, *se renuncia a contenidos psíquicos pretendidamente universales* como explicación de la psicopatología: el Edipo, el conflicto de separación-individuación, los cambios de la posición esquizo-paranoide a la posición depresiva, las necesidades de especularización o idealización, etc. Todas estas teorías tienen un campo de aplicación limitado. Por una parte, pueden abrir nuestra comprensión de la psicopatología y, por otra, pueden cerrar nuestra mente al universo específico subjetivo de un determinado paciente. Se critica, así mismo, el «*mito de la mente aislada*» del psicoanálisis clásico basado en la filosofía cartesiana: la distinción radical entre cuerpo y mente, entre afuera y adentro, entre el observador-terapeuta imparcial y objetivo, y el paciente observado. No se admite que existan observadores puros (el terapeuta como un espejo immaculado que refleja mediante su neutralidad lo que ocurre en el interior del paciente, cuya patología está determinada por mecanismos exclusivamente intrapsíquicos). Por el contrario, se afirma que el observador es parte de lo observado, que el observador es un factor activo y determinante en lo que finalmente ocurre en una sesión de psicoterapia. Así se explica cómo el resultado de una terapia depende no sólo de la técnica utilizada, sino de las peculiaridades del terapeuta. La analizabilidad no se

desprende de la patología del paciente, sino que es una propiedad del sistema paciente-terapeuta.

De esta manera, se pasa de una epistemología objetivista y determinista a otra *relativista*. Si el terapeuta no puede ir más lejos de lo que le permitan sus límites de experiencia y teóricos, entonces, intentar aumentar la comprensión del terapeuta implica el análisis de cómo la *actividad del terapeuta* y sus propios límites afectan la manera en la que se organiza la comprensión del paciente y de la situación terapéutica. En consecuencia, se *cambia el objeto de estudio*: ya no es la patología del paciente aislada de su entorno, sino el *campo intersubjetivo* entre el paciente y sus primeros cuidadores, entre el paciente y sus vínculos actuales, y el *sistema paciente-terapeuta* de mutua influencia recíproca.

La teoría intersubjetiva es una *teoría relacional* en la que se *eliminan las pulsiones* como base de la comprensión del psiquismo. En este aspecto, Stolorow coincide básicamente con Mitchell, quien critica el modelo pulsional, en el que el funcionamiento psíquico se entiende en base a las tensiones asociales y físicas (sexuales y agresivas), que pugnan por expresarse y chocan con las exigencias de la realidad social.

Para Stolorow el modelo relacional permite, en un sentido amplio, explicar el origen del psiquismo, de la patología y proponer un modelo para el cambio terapéutico. Concibe la organización de la experiencia del niño dentro del *sistema de mutua relación niño-cuidadores*, donde las transacciones recurrentes crean **principios invariantes inconscientes**, que conforman patrones de asimilación de la experiencia a lo largo de la vida. Estos principios organizadores inconscientes son la alternativa motivacional a las fantasías inconscientes de origen pulsional. Explica el origen de la patología como una consecuencia de mundos intersubjetivos tempranos. El conflicto intrapsíquico emerge de contextos intersubjetivos, en los que estados afectivos centrales para el niño no han podido ser integrados por falta de una respuesta empática de su entorno, de manera que son escindidos para que no entren en conflicto con los vínculos que resultan imprescindibles.

El cambio terapéutico es concebido como un interjuego entre los mundos diferentemente organizados del paciente y el terapeuta. Las disociaciones defensivas de los afectos reaparecen en el tratamiento en forma de resistencias, cuando el paciente teme que el terapeuta no esté bien conectado. Cuando se salvan estas resistencias, aparecen los anhelos evolutivos. La transferencia tiene dos caras: resistencial y evolutiva. Ambas pasan alternativamente a estar en primer plano o al fondo de la situación analítica. Transferencia y contratransferencia constituyen un

campo intersubjetivo, un sistema de influencia mutua recíproca. No sólo el paciente requiere al terapeuta como objeto del Self, también el terapeuta requiere del paciente en este sentido, aunque generalmente de forma menos arcaica. Por tanto, un foco básico del tratamiento es el análisis de la influencia de la actividad del terapeuta sobre el paciente.

Cuadro 7. Conceptos centrales de la teoría intersubjetiva en psicoanálisis

La Teoría Intersubjetiva implica una redefinición de los conceptos teóricos clásicos del psicoanálisis que ahora son ubicados en un nuevo marco: el sistema paciente-terapeuta. La teoría intersubjetiva ha acuñado sólo unos pocos conceptos nuevos. Este retraimiento se debe a que la creación de nuevos conceptos está ligada a una idea objetivista de la ciencia: la búsqueda de lo común a un grupo psicopatológico, o lo común a un grupo de experiencias clínicas. Este objetivo es contrario al programa intersubjetivo de búsqueda de lo específico de un universo subjetivo.

La metáfora central es **el sistema o campo intersubjetivo**, siempre cambiante en el que la experiencia se conforma continuamente de manera recíproca, tanto a lo largo del desarrollo, como en la situación terapéutica. Dentro de este campo se formula un léxico que describe las subjetividades que interactúan en sintonía o mala sintonía. Así, se habla de **conjunciones y disyunciones**. Hay conjunción intersubjetiva cuando los principios organizadores de la experiencia del terapeuta sirven para aproximarse empáticamente a los que rigen la experiencia del paciente, y disyunción, cuando alteran de forma fundamental la experiencia del paciente. En este sentido se desculpabiliza al terapeuta, ya que no se le exige una empatía perfecta, y se considera que las situaciones de disyunción y desencuentro son inevitables al encuentro entre dos mundos organizados de formas diferentes.

Otro concepto básico es el de **principios organizadores inconscientes**. Son la alternativa motivacional a las pulsiones en el psicoanálisis clásico. Stolorow los define como «los patrones recurrentes de las transacciones intersubjetivas que se dan en el sistema niño-cuidadores lo que da lugar a la creación de principios invariables que organizan inconscientemente la experiencia del niño».

A modo de ejemplo, veamos la reconceptualización de la resistencia, transferencia y contratransferencia.

La resistencia se concibe, no sólo como la activación en primer plano de estados afectivos defensivos propios del paciente, sino también como una respuesta al funcionamiento del terapeuta. **La transferencia** se redefine como la experiencia del paciente de su relación con el terapeuta debida a los propios principios organizadores y a la actividad del terapeuta. Y **la contra-**



transferencia, como la experiencia del terapeuta de su relación con el paciente debida a sus principios organizadores y a la actividad del paciente.

Quizás el concepto que queda más transformado sea el de **impasse**. Ahora se entiende como una situación de estancamiento debida a una disyunción que se prolonga en el tiempo: un malentendido sostenido e insidioso entre paciente y terapeuta. El análisis del **impasse** es la «vía regia» hacia la aceptación de la inevitabilidad de pensar en términos intersubjetivos, ya que se pone de manifiesto, en primer plano, la experimentación de una misma situación de dos formas contrapuestas, debido a la diferente organización de los mundos subjetivos de paciente y terapeuta. De esta forma, ocurre con el **impasse** lo que pasó anteriormente con la resistencia y la contratransferencia, que pasaron de ser obstáculos a la buena marcha de la terapia, a constituirse en oportunidades para el progreso terapéutico, tras pasar por un proceso de esclarecimiento y análisis.

Si todos los conceptos cambian al inscribirse en un marco intersubjetivo, lo que se mantiene y hereda de la psicología del Self es el método de **investigación empático-introspectivo**. Se investigan los principios organizadores de la experiencia del paciente a través de la empatía, los principios organizadores de la experiencia del terapeuta, a través de la introspección y, por último, el campo psicológico formado por la interrelación entre ambos.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

¿Hacia dónde va el psicoanálisis? ¿Es una teoría unitaria o fragmentada en corrientes opuestas? ¿Renueva sus modelos y acoge los hallazgos que aportan las ciencias conexas, y su propia investigación? ¿Qué autores han liderado o lideran las líneas de transformación del psicoanálisis contemporáneo? A todas estas preguntas, explícita o implícitamente hemos intentado dar respuesta en esta forzosamente breve revisión de un conjunto de autores y propuestas formuladas, cuya complejidad se resiste a la brevedad de un curso universitario. Si el lector ha seguido las líneas argumentales expuestas, conoce las respuestas esenciales: el psicoanálisis es un método de conocimiento y conjunto de sistemas teóricos vivo y en constante transformación, que crece en su aplicabilidad en la medida en que sus innovadores extraen sus propuestas de un profundo conocimiento clínico. Más que predecir la neta primacía de una de las líneas de desarrollo expuestas sobre las demás, creemos que habrá un enriquecimiento mutuo, en la medida en que está viva la tensión entre la necesidad de mantener núcleos conceptuales organizadores de un sistema de pensamiento tan vasto, y a la vez la posibilidad de negarlos, proponiendo nuevos conceptos nucleares. La polémica sobre si el psicoanálisis requiere o no la metapsicología freudiana, o alguno de sus derivados, seguirá animando nuestros debates largos años, sin que por ello cualquier dirección que se tome desequilibre la solvencia de un saber entre lo hermenéutico y lo heurístico, entre la ciencia histórica que produce narrativas de la subjetividad, y la ciencia natural que pretende atrapar los núcleos estructurales del funcionamiento psíquico inconsciente.

De las direcciones de este *psicoanálisis contemporáneo* en este capítulo hemos revisado dos: a) Los que sin cuestionar centralmente a Freud, van más allá de sus propuestas: Otto Kernberg, Roy Schafer, Hans Loewald, Jacques Lacan, Christopher Bollas y André Green. Estos autores han sido los escogidos de una larga nómina de posibilidades. Sin embargo, tal vez sea el último, Green, quien mejor condensa un diálogo transformador de Freud, articulado entre Lacan y Winnicott; y b) los que desarrollan un psicoanálisis de la matriz relacional de la que deriva la subjetividad, conocidos como perspectiva relacional y teoría intersubjetiva. Entre estos, son Stephen Mitchell y Robert Stolorow sus exponentes más característicos. El contrapunto a estas direcciones va a ser expuesto en el capítulo siguiente, donde el inconsciente dinámico se encuentra con el cognitivo.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA Y LECTURAS RECOMENDADAS

ÁVILA, A. *et al.* (2002). Reflexiones acerca de la potencialidad transformadora de un psicoanálisis relacional. *Intersubjetivo*, IV(2), 155-192.

Este trabajo ofrece una perspectiva bastante completa y ágil de los enfoques relacionales.

DUPARC, F. (1999). *André Green. Vida y pensamiento psicoanalítico*. Madrid. Biblioteca Nueva.

Un breve y bien estructurado análisis de un autor complejo, pero clave en el psicoanálisis actual.

KERNBERG, O. (1979b). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Paidós. [Trabajo original de 1977: *Object relations theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson].

Se indica la lectura del capítulo II: Desarrollo normal y desarrollo patológico; pp. 46-69.

DOR, J. (1986). *Introducción a la lectura de Lacan. El inconsciente estructurado como un lenguaje*. Buenos Aires-Barcelona: Gedisa. [Original de 1985].

De entre los revisores de Lacan, Dor es el más accesible y a la vez riguroso.

BOLLAS, C. (1991). *La sombra del objeto. Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Buenos Aires: Amorrortu, 1991. [Original de 1987].

Se indican en especial los capítulos 1 (El objeto transformacional; págs. 29-48) y 3 (El Self como objeto; págs. 62-87).

ETCHEGOYEN, R. H. y MILLER, J. A. (1997). *Se rompe el silencio. Entrevista sobre el movimiento analítico*. Barcelona: Eolia.

Transcripción de una entrevista dialogada entre un ex presidente de I. P. A. y el heredero intelectual de Lacan, que marca un intento de acercamiento entre el psicoanálisis oficial y el pensamiento lacaniano.

ACTIVIDADES

1. Aplique los criterios de Kernberg para el diagnóstico estructural del *Nivel de Organización de la Personalidad*. Utilice el material clínico de Kernberg que se cita, y aplique a los casos la información *recogida en el Cuadro I: Criterios Estructurales para la identificación de la Organización dominante de la personalidad*.

KERNBERG, O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad*. México: El Manual moderno. (Trabajo original de 1984: *Severe Personality Disorders*, New Haven: Yale University Press). Material clínico de los casos A y B, recogido en el capítulo 3: Diagnóstico diferencial de la adolescencia; pp. 47-54.

2. Hágase el experimento del florero invertido, según las indicaciones que se dan en el Seminario 1 de Lacan, (pp. 125-127 y 191-192 de la edición castellana). Se necesita un espejo cóncavo y otro plano.

LACAN, J. (1981). *Seminario 1. Los escritos técnicos de Freud*. Barcelona-Buenos Aires: Paidós.

3. Propuesta de reflexión sobre la *Subjetividad* de las teorías:

1.^a Piense en alguna teoría psicológica de la que conozca simultáneamente el contenido y algo de la biografía del autor. ¿Cree que se puede establecer algún tipo de vinculación entre la biografía y las conclusiones de la teoría? ¿Cuáles serían las limitaciones de esta teoría debidas a las limitaciones de la subjetividad del autor?

2.^a Piense en alguna teoría vital que mantenga una persona significativa para Vd. (un familiar, un amigo, etc). Un ejemplo podría ser el que un padre dijera: «No hay que deber nada a nadie». Una vez que tenga el enunciado de la teoría, ¿cuál cree que es la relación de esta teoría con la biografía de la persona que ha seleccionado?, ¿en qué situaciones esta teoría es incorrecta?, ¿qué persona que vd. conozca tiene una teoría válida y diferente a esta?

4. El observador es parte de lo observado:

Escoja una observación del comportamiento de una persona significativa para vd., una observación repetida, muy habitual y de la que tenga una interpretación muy sólida. Por ejemplo, «Mi hermano/a o mi padre/madre deja sus gafas en cualquier lugar y me pregunta si he visto sus gafas, esto me fastidia porque es una pérdida de tiempo y creo que lo hace porque se desprende de las gafas debido a que le molesta ser miope y no lo acepta».

Ahora intente observar al observador. En el ejemplo anterior, podría ser que el observador pensara que lo lógico sería dejar las gafas siempre en el mismo lugar, que eso sería lo que uno haría y se evitaría un problema absurdo. El fastidio provendría del intento de que el otro haga las cosas como uno lo haría. De esta manera uno está sobre-imponiendo su estilo al otro. Si uno deja de imponer su estilo queda libre para discriminar la diferencia con el otro. Quizás el otro deje las gafas en cualquier lugar porque las necesita continuamente y en los momentos en que no las usa las quiere tener cerca, luego cambia de actividad y no recuerda el sitio.

5. Principios invariantes inconscientes (Guiones):

Observe a una persona significativa de su entorno que muestre comportamientos que se puedan englobar en un conjunto con

características definibles. Por ejemplo, un compañero de estudios te cuenta cosas que tienen una estructura parecida: hay una situación social en la que se siente perjudicado y responde con indignación atacando al que siente que le ha humillado.

Conociendo algunos datos de su biografía y tratando de ser empático con él, ¿cuál cree que es el principio invariante inconsciente que determina este guión repetido de conducta?

6. Conjunción intersubjetiva:

A continuación se describen cuatro situaciones de conjunción intersubjetiva paciente-terapeuta. Intente discriminar cuáles producen situaciones evolutivas para la buena marcha de la terapia y cuáles dificultan los cambios.

- El paciente tiene problemas sexuales de los que evita hablar porque le avergüenzan, y el terapeuta está divorciado recientemente y apático en el aspecto sexual (conjunción negativa).
- El paciente está creando un negocio nuevo con dificultades, y el terapeuta ha pasado por una experiencia similar en sus comienzos como profesional (conjunción positiva).
- El paciente acude puntualmente a las sesiones y no falta prácticamente nunca, y el terapeuta se siente muy ansioso cuando los pacientes no acuden a sesión (conjunción positiva).
- El paciente es muy caótico faltando con frecuencia a las sesiones por motivos dispares, y el terapeuta participa en muchos programas de radio y televisión y también anula muchas sesiones con frecuencia (conjunción negativa).

7. Disyunción intersubjetiva:

A continuación se describen cuatro situaciones de disyunción intersubjetiva paciente-terapeuta, intenta discriminar cuáles producen situaciones evolutivas para la buena marcha de la terapia y cuáles dificultan los cambios.

- Un paciente acude a terapia porque tiene muchos complejos físicos. Pasadas unas pocas sesiones abandona la terapia porque le humilla ir al psicólogo cuando nadie en su entorno va y «eso no es normal». Además, preferiría otro terapeuta de su mismo sexo. El terapeuta acepta el abandono y pasadas unas semanas le vuelve a llamar por teléfono, le dice que entiende que el hecho de hacer terapia le haga sentirse raro y que se encuentra en un momento en que sobre todo quiere

ser normal, y que, sin embargo, no está de acuerdo con que no haga terapia, le ofrece tres direcciones de otros terapeutas del mismo sexo que el paciente, y le anima a hacer terapia con cualquiera de ellos o con él mismo si cambia de opinión (disyunción positiva).

- Una paciente adolescente se enamora de un chico muy cariñoso y al tiempo muy perturbado. Aunque puede ver algunos de estos defectos y duda de que la relación sea muy duradera, encuentra un aspecto positivo en la relación, puesto que su madre ha sido muy fría con ella, lo contrario que el novio. Para la teoría que maneja el terapeuta, una relación que no sea completamente madura es una resistencia al crecimiento y así se lo plantea a la paciente (disyunción negativa).
- Un paciente quiere separarse de su mujer, y el terapeuta es hijo de padres divorciados y tiene la tendencia a unir a las parejas (disyunción negativa).
- Un paciente es muy irregular en su asistencia a las sesiones, y el terapeuta experimenta estas situaciones «siempre» como un ataque personal (disyunción negativa).

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

1. Real, Simbólico e Imaginario son en Lacan
 - a) Categorías de registro de lo psíquico
 - b) Categorías filosóficas aplicadas a la técnica psicoanalítica
 - c) Invenciones heurísticas
2. El estadio del espejo lo introdujo Lacan
 - a) En 1949
 - b) Hacia el final de su vida
 - c) En un congreso de la IPA
3. De todos los autores estudiados en éste capítulo, ¿quiénes definden técnicamente una mayor implicación subjetiva del analista en la relación analítica? ¿quiénes se mantienen, en ese sentido más alejados del analizando, preservando ante todo la neutralidad?
(Green, Kernberg, Schafer, Loewald, Lacan, Bollas, Mitchell, Stolorow)

Autores que defienden la implicación subjetiva del analista en la relación analítica	Autores que mantienen la neutralidad analítica clásica

4. Intente identificar en el siguiente párrafo:

«Me parece esencial que los clínicos encuentren la manera de poner sus estados psíquicos subjetivos, como objetos del análisis, a disposición del paciente y de ellos mismos, aunque todavía desconozcan el sentido de esos estados» (Bollas, La sombra del objeto, pg. 242, 1991)

- a) Autor y escuela psicoanalítica a la que pertenece
- b) En lo que tiene de propuesta técnica, ¿a qué fenómeno alude y en qué se diferencia de una posición psicoanalítica más ortodoxa?

RESPUESTAS CORRECTAS

- 1. a)
- 2. c)
- 3. Defienden la implicación...: Bollas, Mitchell, Stolorow;
Mantienen la neutralidad...: Green, Kernberg, Schafer, Loewald, Lacan
- 4. a) Pensamiento independiente, de influencia Winnicottiana.
b) Uso activo de la contratransferencia; el analista como objeto transformacional.

Capítulo 8

Los innovadores del psicoanálisis contemporáneo (II): Los encuentros con otras teorías psicológicas

Antonio Contreras

Guión-Esquema

Objetivos

1. Introducción
2. La Psicodinámica Cíclica de Paul Wachtel
 - 2.1. Influencias y puntos de unión y desunión con el psicoanálisis
 - 2.2. El proceso de terapia
3. La propuesta de Horowitz
 - 3.1. Los estados mentales
 - 3.2. Autoorganización: los esquemas
 - 3.3. Los modelos relacionales
 - 3.4. El sistema de formulación
4. La terapia Analítico-Cognitiva de Ryle
 - 4.1. Fundamentos teóricos
 - 4.2. El modelo de secuencia procedimental: Influencias recibidas
 - 4.3. El plan de tratamiento: el desarrollo de las sesiones
 - 4.4. TAC y psicoanálisis
5. La Terapia Interpersonal de Klerman y Weissman
 - 5.1. Fundamentos teóricos
 - 5.2. Carácter integrador de la TI
 - 5.3. Fases de la TI

Bibliografía básica y lecturas recomendadas

Actividades

Ejercicios de autoevaluación

Palabras clave

Integración en psicoterapia; Inconsciente cognitivo; Esquema; Modelo relacional; Sistema de Formulación; Áreas problemáticas interpersonales; Métodos de intervención activa; Interpretaciones atribucionales; Modelo de Secuencia Procedimental; Procedimientos de rol recíproco; Reformulación, Reconocimiento y Revisión.

GUIÓN-ESQUEMA

En la actualidad, resulta muy patente el afán por desarrollar y llevar a la práctica formas de intervención psicoterapéutica abanderadas por la *integración*. Esto ha generado un desplazamiento progresivo del protagonismo ilimitado de formas puras de abordaje terapéutico, en beneficio de formas híbridas que integran elementos de las grandes corrientes en el quehacer psicoterapéutico, entre ellas, el psicoanálisis.

El psicoanálisis ha sufrido importantes desarrollos desde su formulación original; desarrollos que han implicado, entre otros aspectos, la consideración del ámbito relacional del individuo y, con ello, el abandono de la focalización exclusiva en el mundo intrapsíquico. La progresiva actitud de apertura y receptividad del psicoanálisis hacia el resto de enfoques psicológicos existentes ha propiciado diálogos fructíferos con otras teorías psicológicas, como la teoría cognitiva. Estos encuentros han generado de curiosas y potentes formas de terapia.

El encuentro del psicoanálisis con la teoría cognitiva resulta muy sustanciosa por cuanto parece posible un entendimiento más profundo de lo que en principio podría esperarse, como lo prueba, por una parte, el interés de los terapeutas cognitivos en variables clásicas del psicoanálisis y por otro, el interés creciente de los psicoanalistas en los procesos cognitivos. En este contexto, el abordaje del inconsciente freudiano en términos cognitivos (el denominado inconsciente cognitivo) representa un nexo entre ambos enfoques que, si bien con importantes diferencias en su forma de entenderlo, hace más palpable la confluencia de intereses entre psicoanalistas y psicólogos cognitivos.

En este capítulo describimos una serie de terapias surgidas de un afán integrador. Se trata de un conjunto de terapias con un importante sustrato psicoanalítico, generalmente en su versión más relacional e interactiva (y por tanto menos ortodoxa), y donde los elementos psicoanalíticos se ensamblan y conviven armónicamente con otros extraídos de la teoría cognitiva, o incluso de la teoría conductista.

Analizaremos, en primer lugar, la Psicodinámica Cíclica de Paul Wachtel, que integra de un modo brillante las corrientes psicodinámica y conductual, otorgando a las experiencias tempranas del individuo un papel, no secundario, pero tampoco determinante e inamovible en su momento presente. El pasado guía en buena medida las interacciones presentes pues sesga el desarrollo del individuo, quien busca y se forja un tipo de experiencias en detrimento de otras. Pero son las consecuencias de sus interacciones con el medio las que en realidad perpetúan, o incluso pueden modificar, estos sesgos en el desarrollo impregnados desde las experiencias tempranas.

La teoría de Mardi J. Horowitz representa un importante esfuerzo integrador en el que elementos psicodinámicos (como las instancias freudianas de la

personalidad) son filtrados a la luz de planteamientos cognitivos. Concretamente, el esquema, y dentro de éste los autoesquemas y los modelos relacionales, resultan fundamentales para la comprensión de los problemas del paciente y su tratamiento. Una vez más, el ámbito interpersonal, recogido en los modelos relacionales, cobra gran importancia en su propuesta y constituye un área relevante de tratamiento en su sistema de formulación.

En la línea anterior, la Terapia Analítico-Cognitiva de Anthony Ryle constituye un claro ejemplo de la integración del psicoanálisis con la psicología y psicoterapia cognitivas, además de con elementos de la psicología evolutiva. Su Modelo de Secuencia Procedimental contempla una serie de estadios conectados para la consecución de objetivos, y en esa cadena de pasos pueden emerger procedimientos inadecuados que perpetúan la problemática del paciente. En realidad, su modelo, con un lenguaje cognitivo, reafirma y recoge ideas y elementos psicoanalíticos, especialmente de la escuela del psicoanálisis de las relaciones objetales, como se refleja en el énfasis de Ryle hacia los procedimientos de rol recíproco, que conduciría al establecimiento posterior de su Modelo de Relaciones Objetales de Secuencia Procedimental.

Por último, la Terapia Interpersonal de Klerman y Weissman se erige como una terapia integradora con un peso importante en el escenario psicoterapéutico. Sus antecedentes en el trabajo de Sullivan, algunas teorías de diversos autores neofreudianos o autores de la talla de Bowlby, dejan entrever el énfasis de esta nueva terapia en las relaciones interpersonales como factor explicativo de la génesis de la psicopatología, y como elemento imprescindible a tener en cuenta en la labor terapéutica. Así se evidencia en la delimitación de las potenciales áreas problemáticas del paciente a tratar, todas ellas vinculadas con situaciones interpersonales.

OBJETIVOS

Al finalizar el estudio de este capítulo, el lector/a debería ser capaz de:

1. Reconocer la pujanza del afán integrador en psicoterapia, y cómo el psicoanálisis constituye un ingrediente fundamental en el desarrollo de terapias integradoras.
2. Reconocer la capacidad de diálogo del psicoanálisis con otras corrientes psicológicas y psicoterapéuticas, como la cognitiva o la terapia de conducta. Percatarse en este sentido de la idoneidad de los desarrollos del psicoanálisis, tales como la Psicología del Yo o las Teorías de las Relaciones Objetales, para hacer realidad dicho diálogo.
3. Identificar elementos de la teoría psicoanalítica susceptibles de ser reformulados, bajo el prisma y con la terminología de otros enfoques psicológicos.
4. Reconocer la importancia que las formas psicoterapéuticas integradoras abordadas en este capítulo depositan en la perspectiva relacional.

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos han aparecido un conjunto de nuevas terapias que constituyen intentos originales de fusión e integración de diferentes aproximaciones psicoterapéuticas. Este esfuerzo de integración, muy presente en nuestros días, se realiza partiendo fundamentalmente de ingredientes propios de las corrientes dinámica, cognitiva y sistémica.

El interés en la integración —que va más allá del mero eclecticismo— ha supuesto un alejamiento de las formas puras de terapia y una búsqueda de formas híbridas de tratamiento psicoterapéutico, capaces de responder más adecuadamente a las necesidades del trabajo clínico. La desilusión surgida ante las grandes corrientes psicoterapéuticas en su estado puro por la ausencia de los resultados esperados, así como otros factores —ejemplo, los socioeconómicos— que *obligan* a poner en marcha tratamiento baratos y a corto plazo, han provocado la aparición de un importante conjunto de terapias interesadas en los factores comunes y los mecanismos presentes en el cambio psicológico. Inevitablemente, estos factores también han afectado al psicoanálisis.

En términos generales, se puede afirmar que el psicoanálisis ha evolucionado y continúa evolucionando hacia la superación del énfasis estrictamente intrapsíquico y centrado en el pasado, para dar lugar a una perspectiva más relacional e interactiva (*véase Capítulo 7*). Y con ello, pese a la distancia que tradicionalmente han mantenido el psicoanálisis y la psicología cognitiva, las diferencias en algunos aspectos cruciales de estos abordajes pueden resultar más teóricas que reales. Sobre todo cuando, tal y como apunta Bateman (2002), se examina detenidamente la práctica psicoterapéutica, no tanto en ensayos clínicos, como en los contextos naturales. Es decir, lo que realmente hace cada terapeuta en consulta, cualquiera que sea su orientación, no sería tan diferente como los argumentos con los que, desde cada orientación psicoterapéutica, se explica y justifica esta intervención.

Porque dicho examen evidencia el interés de los terapeutas psicoanalíticos en los procesos cognitivos y también la creciente atención de los terapeutas cognitivos hacia el mundo emocional y relacional del paciente. Por otra parte, elementos típicamente adscritos al psicoanálisis, como son las intervenciones exploratorias psicodinámicas, interpretaciones o reflejos, son empleados y valorados en la terapia cognitiva o cognitivo-conductual. Del mismo modo, la alianza terapéutica, que se erige como un factor clave especialmente en las terapias psicoanalíticas, dado el efecto beneficioso que se espera tenga la relación paciente-cliente sobre el resultado, parece ser también un elemento nada desdeñable en otras formas de terapia, como la cognitiva o la terapia de conducta (véase Capítulo 15).

Paralelamente, la psicología cognitiva ha retomado y reformulado aspectos importantes del psicoanálisis. En ocasiones se trata de conceptos que, aunque con un estatus claramente cognitivo, evocan o incluso traducen en otros términos elementos psicoanalíticos. En este contexto, el concepto de esquema, uno de los principales desarrollos en el campo cognitivo, es crucial en la terapia cognitivo-interpersonal de Safran y Segal (1994) —influidos por Sullivan y Bowlby—. De otro lado, y a modo de ejemplo, Horowitz, en su obra *Introduction to Psychodynamics: A new synthesis* (1988), establece la correspondencia entre tres tipos de esquemas —motivaciones, autoesquemas y valores— y las tres instancias de la personalidad de Freud: ello, yo y superyó.

También el inconsciente, aspecto central en la teoría psicodinámica, está siendo reformulado en términos cognitivos, y perfila hoy un campo de gran interés en áreas como la psicología de la personalidad y la psicoterapia.

Siguiendo la revisión realizada por Sanjuán (2003) de la evolución del concepto de inconsciente, el desarrollo histórico de la psicología propició que, con la llegada del conductismo, los conceptos de referente intrapsíquico, difíciles de contrastar empíricamente, fueran desechados. Posteriormente, con la llegada de la revolución cognitiva a partir de los años 50, volvió a retomarse el concepto de inconsciente freudiano, aunque no sin poner en tela de juicio el significado que adquiere el inconsciente para Freud. Más tarde, se admitió la influencia de los procesos inconscientes en el comportamiento, aún cuando ello ha implicado la clara diferenciación entre el concepto de inconsciente cognitivo y el de inconsciente dinámico. Desde el cognitivismo, el inconsciente se entiende como un procesamiento automático, no controlado, sin intervención intencional del individuo, y sin el empleo de muchos recursos atencionales.

A modo de ejemplo, dentro de la psicología cognitiva, Epstein (1994) alude al inconsciente cognitivo para referirse a una forma intuitiva, automática, natural y no verbal de aprehender la realidad en contraposición a un abordaje racional, deliberado y verbal, que representa lo que en el ámbito cognitivo se denomina procesamiento controlado.

En definitiva, lejos de una incompatibilidad entre el psicoanálisis y la psicología cognitiva, estamos asistiendo a un acercamiento e intercambio entre ambos enfoques; aproximación que ya está ofreciendo interesante propuestas psicoterapéuticas. Algunos de cuyos exponentes presentamos a continuación.

2. LA PSICODINÁMICA CÍCLICA DE PAUL WACHTEL

La Psicodinámica Cíclica (PC) de Paul Wachtel (1977, 1988, 1997), constituye un importante esfuerzo y estandarte de integración teórica. Este tipo de integración, que va más allá del empleo de las intervenciones más idóneas en función de los problemas particulares, y que tampoco se limita a la comprensión de los procesos implicados en el éxito terapéutico con independencia de orientaciones particulares, busca la construcción de un enfoque teórico más comprensivo, abarcador y general. Concretamente, Wachtel integra los enfoques psicodinámico y conductual, extrayendo y combinando elementos significativos de ambos, y dando lugar a una entidad híbrida, con una estructura propia.

Lejos de ser su enfoque integrador una mera combinación de las corrientes mencionadas, Wachtel persigue una entidad propia, tanto conceptual como procedimental, altamente organizada, que tenga muy presentes los descubrimientos y teorías —y no sólo las técnicas—, tanto del enfoque psicodinámico, como de la terapia de conducta. Su énfasis en *superar* las técnicas y prestar una atención especial al bagaje teórico y a los descubrimientos, permite, en su opinión, hacer un verdadero ejercicio de integración. Y ello, porque se reformula y se dota de nuevas significaciones lo que ya resulta conocido en un enfoque mediante la introducción de aspectos ignorados, o incluso rechazados, importados de otros enfoques. Esto hace que la PC constituya todo un programa teórico y no sólo un compendio de técnicas de tratamiento previamente dispersas.

2.1. Influencias y puntos de unión y desunión con el psicoanálisis

Entre los autores más influyentes en la obra de Wachtel se encuentran Freud, Alenxander, Erikson, Horney y Sullivan. Pero también Dollard y

Miller tuvieron un importante impacto en la medida en que demostraron que la terapia de conducta y el psicoanálisis no necesariamente eran enfoques antagónicos. A este respecto, Wachtel se hace eco de la postura de Merton Gill (1984, citado en Wachtel 1997) al afirmar éste que las intervenciones conductuales pueden ajustarse a la esfera de la psicoterapia psicodinámica. Además, Wachtel se ampara en sus propias observaciones para acercar posturas y admitir que los terapeutas de conducta exitosos, más que guiarse por los hallazgos empíricos de laboratorio, lo hacen por las impresiones surgidas en la práctica clínica. Y por otro lado, las metodologías científicas han sido empleadas para explorar hipótesis psicoanalíticas.

La influencia del psicoanálisis es más que notoria en la PC, hasta el punto de que, como afirma el propio autor, su enfoque está fundamentalmente guiado por un punto de vista psicodinámico. Sin embargo, esto no significa que se acepten fielmente todas las asunciones originales y posteriores del psicoanálisis.

En primer lugar, la PC rechaza la naturaleza negativa, antisocial y regresiva que desde el psicoanálisis original se otorga a los impulsos básicos del paciente. Se trata de un punto de unión con la Psicología del Yo, y de un aspecto que está muy presente en unos de los temas centrales de la PC en los últimos años, cual es el estudio de los mensajes que transmite el terapeuta y las repercusiones que tienen en el sentido del yo del paciente. Wachtel sostiene que muchas de las verbalizaciones de los terapeutas a sus pacientes resultan acusadoras o humillantes, si bien el terapeuta lo hace de forma inconsciente. Esta tendencia podría derivarse del modelo original freudiano, conforme al cual el paciente es en alto grado dependiente, manipulativo, narcisista, hostil, etc. Esta visión, claramente peyorativa, se apoyaría en asunciones que, basadas en dicho modelo, no son revisadas por el terapeuta.

Además, y en estrecha relación con lo anterior, desde la PC, la terapia no se plantea la renuncia del paciente a su mundo impulsivo. Más bien al contrario, la tarea del paciente consistirá precisamente en aceptar y explorar sus deseos y experiencias, mostrándose menos temeroso a indagar en ellas. Generar en este contexto un clima propenso a la autoexploración podría evitar el desenlace de las tendencias más negativas, aquellas enfatizadas por la teoría freudiana.

Por otro lado, si bien se considera la importancia del *insight* en el proceso de cambio terapéutico, se plantea que no es un mecanismo suficiente. Procurar que el paciente sea consciente de su material psíquico y que comprenda los elementos implicados en su problema contribuyen a

su bienestar psicológico; pero para Wachtel, más que la causa de la mejora, el insight consolidaría los cambios logrados.

La PC converge especialmente con aquellas versiones de las Teorías de las Relaciones Objetales y la Psicología del Yo que contemplan los modelos de dos personas. En este sentido, se otorga un papel fundamental al contexto social que conforma el conjunto de relaciones interpersonales claves del paciente. De ahí que las estructuras intrapsíquicas no se conciben como encapsuladas, sino en estrecha relación con las experiencias diarias del paciente en su entorno. Desde esta perspectiva, las estructuras intrapsíquicas o características psicológicas no constituyen propiedades inmutables y estáticas del individuo. Por el contrario, varían con las experiencias, acciones e intercambios interpersonales de aquel, y en definitiva, con la variedad de configuraciones contextuales y relacionales a que es expuesto.

De hecho, para comprender adecuadamente la teoría de Wachtel, es preciso percatarse de la importancia que poseen las circunstancias presentes del individuo y sus relaciones interpersonales actuales en la perpetuación de sus problemas. Es más, las dificultades y los estados psicológicos por los que atraviesa la persona se derivan de estas circunstancias y relaciones presentes. Pero cabe preguntarse entonces qué papel se concede dentro de la PC a la experiencia temprana —y el conjunto de conflictos motivacionales y motivos y fantasías inconscientes derivados en la misma— en la conducta y problemática posterior del individuo —aspecto éste claramente definido en la teoría freudiana.

Para Wachtel, las experiencias tempranas son importantes y de ellas se derivan **sesgos en el desarrollo** que condicionarán las experiencias posteriores de la persona. Pero esas experiencias tempranas no son las causantes directas de las dificultades actuales, más bien dichas experiencias aumentan la probabilidad de ocurrencia de otras en la actualidad; por ejemplo, elegimos interactuar con ciertas personas y no con otras en función de la visión del mundo importada desde la infancia. Las estructuras intrapsíquicas no son obviadas, sino contextualizadas. Pues bien, a su vez, las experiencias actuales comportan consecuencias que hacen perpetuar las ideas, deseos, conflictos... infantiles, y con ello el patrón problemático del individuo. Como vemos, se trata de un círculo vicioso —de ahí el término de Psicodinámica *Cíclica*— en el que pasado y presente, estructura intrapsíquica y relaciones interpersonales, toman forma conjuntamente para diseñar el mapa psíquico y relacional del individuo.

Ambas dimensiones, la intrapsíquica y la interpersonal, no pueden concebirse de forma separada, dado que entran en una interrelación

donde una moldea y nutre a la otra mutuamente. Estamos ante un sistema interactivo que permitiría hablar de una estructura causal bidireccional. Los dos elementos son a su vez variables independientes y variables dependientes: las circunstancias y relaciones actuales influyen en el aparato psicológico de la persona, pero también éste influye en la delimitación de las circunstancias y abanico de relaciones interpersonales actuales. Para Wachtel, un buen ejemplo de ello lo constituye el contexto terapéutico, pues paciente y terapeuta no quedan exentos de las influencias mutuas de uno sobre el otro: las estructuras psíquicas del paciente son influidas por la conducta del terapeuta, y las de éste lo son también por la conducta del paciente.

El énfasis que, desde la PC se pone al contexto, y consecuentemente a la variabilidad y contextualización de la conducta, constituye no sólo un alejamiento de las posiciones psicoanalíticas clásicas y un mayor acercamiento a las versiones más relacionales del psicoanálisis, sino también un punto de convergencia muy importante entre el psicoanálisis relacional, la terapia cognitivo-conductual, y la terapia de familia.

Pero además, apuntamos brevemente como esta focalización en la contextualización de la conducta encaja con la filosofía de la PC en cuanto que supone brindar más oportunidades de cambio al paciente, al hacerle ver que sus conductas problemáticas están ligadas a determinadas claves contextuales.

¿Cuál es el origen de estos patrones de comportamiento que se repiten y perpetúan? La forma de actuar del individuo en los diferentes contextos tiene su origen en el modo en que las personas importantes para él reaccionaron cuando era pequeño ante sus manifestaciones de ira, miedo, etc. A raíz de las reacciones de los otros significativos, el niño aprende formas alternativas de comportamiento alejadas de aquellas que no son valoradas. Y estas pautas se convierten en la carta de presentación del individuo ante los diversos grupos sociales, quienes le devuelven la imagen que él mismo se gana y le hacen cargar con unas expectativas para comportarse de una determinada manera, perpetuando no sólo su propia imagen, sino también su ciclo comportamental. En otras palabras, el entorno social le carga con unas presiones a las que debe responder si desea no ser castigado.

¿Quiere esto señalar que resulta imposible el cambio? Es precisamente la importancia otorgada al contexto en la generación de la conducta, así como el potente conjunto de técnicas para modificar ésta —extraídas de la terapia de conducta—, lo que posibilita que el paciente pueda romper los círculos viciosos en los que está atrapado. En realidad,

para Wachtel, el cambio se explicaría por los mismos mecanismos que la continuidad. Si son las condiciones actuales las que, de forma directa mantienen el problema, las probabilidades de que se produzca un cambio pasan necesariamente por la exposición a experiencias y etapas nuevas en las que el individuo tenga la posibilidad de asumir nuevos roles y conocer nuevas personas con las que poder entablar relaciones no disfuncionales.

2.2. El proceso de terapia

2.2.1. *La evaluación*

La evaluación en la PC recoge una importante influencia psicodinámica pero también conductista. La actitud de escucha, la exploración, la indagación de los deseos y sentimientos del paciente así como de los mecanismos de defensa, y la interpretación de lo que dice el paciente constituyen elementos de una clara influencia psicodinámica. No obstante, como indicábamos al inicio del tema, en los años recientes la PC ha prestado especial interés a los mensajes emitidos por el terapeuta a su paciente. Y ello por diversas razones: en primer lugar, y como señala Wachtel, el proceso terapéutico es concebido hoy día como un diálogo, como un proceso caracterizado por la interacción entre dos personas. Y en segundo lugar, si bien desde el psicoanálisis se ha asumido que el terapeuta es neutral, para Wachtel esto no es cierto. Más bien al contrario, los comentarios del terapeuta en su gran mayoría esconden una aprobación o desaprobación inconsciente que repercute en la autoestima del paciente.

Por otra parte, la influencia de la terapia de conducta resulta más que palpable en el registro contextualizado del material psíquico ya mencionado (sentimientos, deseos, etc.). El terapeuta está especialmente interesado en conocer los contextos particulares en los que aparecen los elementos psíquicos.

Wachtel señala también que la evaluación puede ser al mismo tiempo terapéutica cuando se le pide al paciente que lleve a cabo un registro sistemático de las conductas-problemas, pudiéndose desarrollar reacciones que encaucen las mismas y aumentando el control percibido sobre las situaciones.

2.2.2. *La intervención*

Resulta fundamental combinar estrategias y técnicas orientadas tanto a una intervención activa del paciente, como a una comprensión psicodinámica en el mismo.

Con respecto a este último elemento, el insight resulta de gran utilidad en el proceso terapéutico: la comprensión por parte del paciente de qué es lo que ocurre, percibiendo la concatenación de elementos que forman parte del círculo vicioso en que se halla, es importante para romperlo. Pero además, el terapeuta de este enfoque ha de procurar que el paciente se adueñe de sus propios insights y sienta que son el resultado de su propia comprensión a lo largo del proceso terapéutico y no tanto ideas surgidas de su terapeuta. Este objetivo no excluye la participación activa del terapeuta, quien hará uso de lo que Wachtel denomina «interpretaciones atribucionales» precisamente para facilitar al paciente la aparición y registro de insights.

Las interpretaciones atribucionales consisten en comentarios del terapeuta favorecedores del progreso terapéutico en cuanto que conceptualizan el problema del paciente como algo residual, vestigios de un patrón pasado. La visión del problema en estos términos enfatiza la vertiente dinámica y el proceso de cambio y estimula al paciente a romper el círculo vicioso para que, definitivamente, forme parte del pasado y se complete el proceso de cambio resaltado por el terapeuta. En términos del autor, las interpretaciones atribucionales actuarían como una profecía autocumplida.

La comprensión psicodinámica resulta como vemos un elemento esencial en el proceso de cambio terapéutico. Sin embargo, para Wachtel no es suficiente. Dado que los círculos viciosos que atrapan al paciente se mantienen en la actualidad insertos en sus interacciones cotidianas, se requiere introducir cambios en esas interacciones, esto es, la participación de métodos de intervención activa. Haciendo uso de estos métodos, el terapeuta planifica cómo y cuándo romper los círculos disfuncionales. A este respecto, Wachtel por ejemplo propone la conveniencia de comenzar con aquellas personas del entorno del paciente que son más tolerantes y que no *castigarían*, o no al menos de un modo drástico, al paciente cuando éste se decidiese a acabar con la circularidad viciosa.

En la consideración del abanico y selección de los métodos de intervención activa, la terapia de conducta ejerce una importante influencia, si bien los métodos tradicionales, como la desensibilización sistemática o el moldeamiento, sufren variaciones. Se acude también a métodos de terapia familiar o incluso de terapia sexual.

Con independencia del método conductual activo empleado, las nuevas experiencias derivadas del mismo harán que el paciente vivencie su mundo emocional de un modo distinto. Es más, Wachtel advierte de la

posibilidad de que surjan «dilemas adicionales» en el paciente al enfrentarse a situaciones y experiencias hasta el momento evitadas.

3. LA PROPUESTA DE HOROWITZ

Horowitz plantea la insuficiencia de los tratamientos psicológicos basados exclusivamente en sistemas de clasificación diagnóstica como los vinculados con el DSM-IV, dado que se produce una brecha entre el diagnóstico y el tratamiento. Atajar este problema requiere el empleo de un sistema adecuado de formulación que permita diseñar tratamientos individualizados.

Con este objetivo, Horowitz presenta un enfoque integrador que combina conceptos derivados de las corrientes psicodinámica, cognitivo-conductual, interpersonal y familiar. La planificación de la intervención psicoterapéutica se convierte en el horizonte de su método, que consta de cinco pasos.

Aunque abordaremos brevemente en qué consisten cada uno de los pasos del sistema de formulación propuesto, analizamos en primer lugar un conjunto de conceptos que ya a finales de los años 80, en su obra *Introduction to psychodynamics: A new synthesis* (Horowitz, 1988) vertebraban su teoría, en la que se integran brillantemente formulaciones psicoanalíticas con elementos extraídos de la psicología cognitiva, tales como el esquema, que tiene un papel preponderante en la explicación de la organización de la experiencia psicológica y la aparición de estados emocionales como el miedo, la tristeza, etc.; ahora no se precisan explicaciones de los fenómenos psicológicos basados en los conflictos internos o las motivaciones inconscientes.

3.1. Los estados mentales

Los estados mentales constituyen una pieza clave en la teoría de Horowitz. Si bien existen en su teoría conceptos más genéricos y abstractos que recogen y dan cuenta de los estados mentales, estos constituyen para Horowitz un punto óptimo y equilibrado en el continuo que va desde la simplicidad a la complejidad excesiva de cara a su sistema de formulación (Horowitz, 1997).

Un estado mental es un patrón de conductas y experiencias. Los elementos que se combinan para formar dicho patrón incluyen la expresión verbal y no verbal de ideas y emociones. De hecho, el análisis de la disparidad o congruencia entre los distintos sistemas expresivos es un tema importante. Así, mientras que algunos estados mentales comportan com-

ponentes verbales y no verbales compatibles y complementarios, en otros es manifiesta una discrepancia entre el contenido de lo que se dice y la comunicación no verbal que acompaña al contenido. En cualquier caso, se trata de una unidad básica que puede ser observada por un agente externo.

Especial importancia revisten las cuatro categorías de descripción de estados:

- De baja regulación (*overmodulated*), en los que la expresión parece excesivamente impulsiva y descontrolada. Se generan explosiones de sentimientos y acciones. El individuo se encuentra fuera de control, y la percepción de su estado puede además incrementar los niveles de ansiedad.
- De sobrerregulación, claramente opuestos a los anteriores. La persona se muestra comedida, artificial y rígida. Parece estar protegiéndose y fingiendo actitudes no sentidas.
- Estados *relucientes*, que incluyen oscilaciones rápidas de conductas discrepantes. Se generan fugas de emociones y contradicciones entre la expresión verbal y la no-verbal.
- Bien regulados, bajo los cuales la persona aparece apropiadamente espontánea, expresiva, congruente en los distintos sistemas expresivos, y con control de los impulsos aun cuando se expresan pensamientos problemáticos y emociones intensas.

Por otra parte, las transiciones de un estado mental a otro pueden ser generadas por diversos factores, tales como un cambio de intenciones, un recuerdo, etc., y las transiciones pueden ser suaves o producirse de un modo abrupto cuando existe un conflicto interno o bajo condiciones de estrés, amenaza, pérdida o daño.

Para poder comprender la aparición así como los cambios en los estados mentales, es preciso aludir al concepto de esquema, con lo que nos introducimos en el apartado de la autoorganización.

3.2. Autoorganización: los esquemas

La autoorganización está compuesta por el conjunto de autoconceptos y esquemas de la persona. De especial importancia son los autoesquemas o visiones de uno mismo que, si bien no exigen una representación consciente —a diferencia del autoconcepto— organizan los procesos mentales del individuo de un modo inconsciente. Tienen por tanto un papel muy activo en la vida psicológica de la persona.

Los autoesquemas poseen una organización jerárquica —un autoesquema está compuesto de un conjunto de esquemas subordinados— que goza de una importante estabilidad a través del tiempo, si bien están abiertos a los cambios que se puedan producir cuando se aprende del otro o a partir de la visión que de uno mismo posee el otro.

Los esquemas tienen una importante función en la organización de las percepciones, pensamientos, y emociones. El esquema da sentido e interpreta la situación presente; de ahí la variabilidad de estados mentales posibles en función del esquema dominante en una situación particular.

Del conjunto de elementos psicológicos internos del individuo, los autoesquemas y los modelos relacionales (un tipo de esquema que abordaremos posteriormente) son los conceptos más relevantes de la teoría de Horowitz, ya que están estrechamente vinculados con las relaciones interpersonales, la identidad y los patrones de autoestima.

En lo que respecta a los autoesquemas, y concretamente al desarrollo de los mismos, el niño genera los primeros esquemas de sí mismo a partir de las primeras interacciones mantenidas con sus cuidadores. Es decir, ya en fases tempranas se desarrollan una serie de autoesquemas, que influyen en la organización de la experiencia y la acción. Uno de los primeros autoesquemas que el niño ha de formarse es el relativo al propio cuerpo, para el cual gran parte del juego de los niños pequeños está relacionado con el aprendizaje de las partes del cuerpo que pertenecen a él y aquellas que corresponden al otro agente interpersonal.

Los autoesquemas sufren modificaciones a lo largo de la infancia, producto, entre otras cosas de las experiencias a las que se expone el niño.

Con la llegada a la adolescencia y la aparición del pensamiento formal, surgen esquemas supraordenados, que contienen diversos elementos de esquemas subordinados. Es una experiencia del yo más extensa, que otorga un mayor sentido de estabilidad personal y continuidad. Cuando no se accede a formas supraordenadas de organización y se tienen dificultades para integrar diversos autoesquemas en una autoorganización relativamente unificada, la persona muestra niveles importantes de rigidez. En otros casos, la autoorganización es mejorable no ya por la ausencia de integración como por el contenidos de los autoesquemas en desarrollo, que son defectuosos, desvalorados y débiles, con las consecuencias negativas que este tipo de autoorganización tiene para la persona (por ejemplo, no se marca metas importantes, etc.).

Sin embargo, la circunstancia más peligrosa de una autoorganización débil la constituyen los riesgos de fragmentación de los autoesquemas,

con el consecuente caos de identidad. En estos casos, la persona pone en marcha diversas estrategias defensivas, entre ellas:

- La identificación con el agresor como modo de defender el rol débil.
- La externalización, mediante la cual se desplaza la culpa de uno mismo a los otros.
- La idealización, bien de otra persona o de uno mismo, protege de la amenaza de infravalorarse a sí mismo.

3.3. Los modelos relacionales

Los modelos relacionales constituyen un tipo importante de esquema dado que contienen los atributos de uno mismo y el otro, además de la secuencia probable de interacción o guión de lo que cada uno podría hacer en una secuencia de interacciones. El modelo contempla cómo se vinculan uno mismo y el otro mediante roles y secuencias transaccionales. Un modelo relacional permite interpretar lo que otro agente social está pensando.

Conjugando la naturaleza concreta de este tipo de esquema con los rasgos comunes de todo esquema, podemos esbozar una serie de características de los modelos relacionales como son: una vez que el modelo se desencadena, la persona se comporta siguiendo las pautas que dictamina su guión, y del mismo modo tiene, la expectativa de que el otro responda. Por otra parte, puesto que los esquemas permiten cubrir ausencias de información en el medio, añadiendo elementos que no están presentes en éste, este tipo de modelos ayuda a evaluar una situación social de un modo rápido. En definitiva, estos modelos le son de gran utilidad al individuo en una amplia gama de circunstancias.

Los modelos relacionales permiten generar un modelo operativo o de trabajo de una situación interpersonal actual con el que poder organizar las decisiones sobre cómo responder a estos encuentros interpersonales. En otras palabras, los modelos operativos son construidos en el aquí y ahora para manejar la interacción con un agente social.

Los modelos relacionales, reflejados en una situación concreta mediante la construcción de un modelo operativo ad hoc, conducen las interpretaciones que hace el individuo de la situación y en este sentido, dictaminan las reacciones y conductas en el escenario interpersonal. Los modelos relaciones son fundamentales pues para la puesta en marcha de patrones de conducta interpersonal y, como el lector puede anticipar ya,

su consideración en la práctica clínica es necesaria si se pretende explicar y modificar patrones interpersonales desadaptativos.

Si el uso de patrones desadaptativos de conducta interpersonal parece deberse en buena parte al empleo de modelos relacionales inadecuados, cabe preguntarse en base a qué elementos un modelo relacional resulta más o menos adecuado.

En este sentido, el grado de convergencia entre las características de la situación real y los esquemas de que dispone la persona para desenvolverse en esa situación es crucial. Así, un modelo relacional adecuado es aquel que genera un modelo operativo de la situación que conduce a la persona a poner en marcha patrones de conducta que fomentan la consecución de los objetivos personales y reconoce las propiedades reales de la situación. Esta es una circunstancia que favorece la adaptación y el bienestar personal.

Sin embargo, cuando existe discrepancia entre las situaciones actuales y los modelos de trabajo que se construyen en las mismas, la persona puede experimentar un amplio abanico de emociones displacenteras como tensión o estrés. Es más, Horowitz alude a esta discrepancia entre los esquemas actuales y la situación presente para explicar estados psicóticos, neuróticos o narcisistas. En el caso de la psicosis, los modelos de trabajo están totalmente desvinculados de las situaciones externas. La desvinculación también estaría presente, si bien en menor grado, en el caso de los estados narcisistas. Los estados neuróticos se explicarían en base a modelos operativos que generan conductas repetitivas y desadaptativas.

En la explicación sobre por qué el individuo emplea modelos relacionales inadecuados, Horowitz alude a cómo en ocasiones, ciertos deseos o miedos de gran intensidad pueden activar modelos relacionales inadecuados de cara a la situación presente.

Otras veces puede ocurrir que el individuo, invadido por un motivo muy intenso, aplique un esquema que permite un buen ajuste a las necesidades particulares, pero que resulta inapropiado en la construcción de un modelo operativo adecuado a la situación concreta.

En otras ocasiones, el empleo de modelos relacionales inadecuados viene provocado simplemente por las dificultades que muestra la persona para aprender esquemas más adaptativos que los que posee.

Tampoco resulta extraña la puesta en acción de modelos inadecuados cuando el repertorio de esquemas de la persona resulta pobre de cara a la construcción de modelos operativos con los que poder interpretar ade-

cuadamente un amplio rango de situaciones interpersonales. Es preciso tener en cuenta que resulta más útil la posesión de un modelo relacional inadecuado que la ausencia de modelos dado el estado de confusión que podría generar esta última circunstancia. En otras palabras, el individuo hace lo que puede con lo que tiene.

La construcción de un modelo operativo a partir de los modelos relacionales no tiene una naturaleza rígida e invariable. Muy por el contrario, conforme se desarrolla el encuentro interpersonal, los modelos operativos van siendo modificados. La propia situación externa es una fuente de información clave que debe afectar al modelo operativo en cuestión, provocando los retoques necesarios para poder responder de un modo satisfactorio a la situación. Un individuo sagaz no se limita a aplicar sin más los esquemas internos con independencia de lo que ocurre en la situación. Al contrario, conjuga y une información de ambas fuentes, de la situación externa así como de los esquemas internos. Es la contrastación de los esquemas del individuo con la transacción actual que está teniendo lugar la que altera de un modo constante los modelos operativos puestos en marcha. Cuando no se observa la situación, sino que lo único que prima son los modelos relacionales del individuo, éste podría desempeñar patrones desadaptativos siguiendo guiones estipulados por el esquema que son inapropiados en la situación objetiva. Pero Horowitz también alude a los peligros de la situación contraria, en la que existe una atención a la situación pero con un uso muy limitado de esquemas relacionados con el conocimiento sobre las interacciones, lo que podría impedir una lectura acertada del evento interpersonal.

Unos últimos apuntes del desarrollo de los modelos relacionales nos permitirán comprender grosso modo la génesis de los mismos. Parece obvio señalar que los modelos relacionales se desarrollan en el contexto interpersonal; a lo largo de su infancia, el niño desarrolla modelos, adaptativos o no, que tendrán una influencia en su vida adulta. En el proceso de formación de estos modelos resultan de extrema importancia las interacciones tempranas que el niño mantiene con sus cuidadores. Los agentes implicados en la interacción aprenden a regular sus estados en función del otro. Así, el niño aprende que el llanto va seguido de la llegada de sus cuidadores para cubrir sus necesidades vitales. Y estos patrones repetidos y cíclicos en los que existe una regulación en función del otro llegan a constituirse en modelos relacionales.

La naturaleza de estos modelos, es decir, que resulten positivos o negativos y generen consecuentemente un optimismo o pesimismo aprendido en el niño, depende del grado en que sus cuidadores han respondido adecuada y sensiblemente a las demandas del niño.

3.4. El sistema de formulación

El sistema de formulación propuesto por Horowitz (1997) es un heurístico clínico, cuyo objetivo consiste en guiar las intervenciones del terapeuta. Consta de cinco pasos a través de los cuales el terapeuta consigue profundizar en la naturaleza y causación de los problemas aducidos por el paciente.

3.4.1. Fenómenos

El primer paso consiste en seleccionar los fenómenos que van a ser abordados en la terapia. Dado que algunos fenómenos relevantes pueden no surgir en los inicios de la terapia, permaneciendo ocultos, Horowitz propone que el listado de fenómenos a tratar en terapia permanezca abierto a lo largo de la misma.

3.4.2. Estados mentales

Una vez seleccionados los fenómenos, se analizan los estados mentales en los que tienen o no lugar los síntomas; y ello, en un intento por reducir los fenómenos a patrones útiles, identificables.

Resulta de gran utilidad describir los estados mentales en términos de las siguientes categorías ya comentadas más arriba: estados de baja regulación, sobrerregulación, relucientes, y bien modulados. El terapeuta está especialmente interesado en aquellos estados que implican una pérdida de control sobre la conducta.

Formular los estados mentales es importante porque permite comprobar cómo varían los síntomas y conductas; arroja luz al respecto de cuándo aparecen y remiten los síntomas. Además, el paciente puede comprender de un modo sencillo sus patrones emocionales y el control de la emoción. En este sentido, que el paciente se familiarice con las cuatro categorías de estados mentales señaladas, puede ayudarle enormemente a autoobservarse, etiquetando sus estados mentales y facilitando el cambio de los mismos si fuese preciso. El análisis de los estados mentales también resulta de gran utilidad en la identificación de patrones interpersonales desadaptativos que se repiten de un modo cíclico.

3.4.3. Temas de preocupación y procesos de control defensivo

En este tercer paso, el terapeuta intenta indagar acerca de cuestiones delicadas para el paciente. Son temas conflictivos ante los cuales el paciente experimenta un cambio en su estado mental sumergiéndolo en estados temidos y displacenteros. Abordar estos temas permite sacar a la luz elementos que es necesario tratar en la terapia.

Si bien el análisis atento de los estados mentales proporciona claves para identificar qué cuestiones resultan incómodas para el paciente, el terapeuta se encuentra con resistencias y obstáculos que dificultan la clarificación de los elementos conflictivos. El paciente evita estados mentales no deseados mediante el empleo de defensas; algo totalmente comprensible si se consideran las repercusiones emocionales de experimentar estados que la persona no regula, como un terror desmedido. La misión por tanto de los procesos de control defensivo consiste en evitar tales experiencias desagradables.

La defensividad del paciente puede mostrarse de diversas maneras. Así, los intentos de evitar referirse a él mismo aludiendo a aspectos muy generales; las contradicciones entre la comunicación verbal y no verbal; el abandono prematuro de un tema; cambios en la manera habitual de comunicarse, etc.

En definitiva, en este tercer paso, el terapeuta obtiene cuestiones relevantes que preocupan al paciente y estilos defensivos que le protegen de material dañino.

3.4.4. Identidad, relaciones y creencias disfuncionales

En este cuarto paso, especialmente importante en pacientes que presentan patrones de interacción social desadaptativos y recurrentes, el objetivo es comprender y modificar las creencias disfuncionales sobre uno mismo y las relaciones.

El terapeuta trabaja con el paciente el porqué de los patrones interpersonales negativos y recurrentes, focalizándose especialmente en hacer ver al paciente las conexiones causales entre los acontecimientos, cómo determinados hechos conducen a otros. Intenta no sólo que el paciente sea consciente de qué ocurre, sino especialmente, del por qué y del cómo.

Para trabajar este aspecto, el terapeuta introduce los modelos relacionales, que abarcan creencias causa-efecto.

Un conjunto de modelos relacionales puede clarificar los aspectos complejos e incluso contradictorios de un paciente sobre sí mismo y los otros. Permite ver conexiones entre las creencias erróneas y definir con mayor claridad dilemas y conflictos que pueden estar en la raíz del problema. El terapeuta infiere creencias relacionadas con roles, expectativas e intenciones, es decir, aquellas creencias —conscientes o inconscientes— sobre cómo las personas se relacionan unas con otras.

El paso siguiente consiste en contrarrestar las actitudes irracionales que conducen a los patrones interpersonales disfuncionales y dañan la

autoestima. Para lograrlo, se ayuda al paciente, por un lado, a tener una visión de sí mismo más adaptada, racional y objetiva y, por otro, a interpretar adecuadamente las intenciones de los otros.

3.4.5. Planificación de la psicoterapia

Se formula un plan de tratamiento considerando la sintomatología y problemas del paciente así como aquello que es factible modificar a nivel biológico, social y psicológico.

4. LA TERAPIA ANALÍTICO-COGNITIVA DE RYLE

La Terapia Analítico-Cognitiva (TAC), desarrollada por Anthony Ryle (1990, 1995), constituye un tipo de psicoterapia breve en la que están presentes de un modo notorio concepciones y técnicas psicoanalíticas pero en un marco más extenso en el que participan también la psicología cognitiva y otros enfoques.

Ryle considera que la TAC supone un desarrollo significativo en la aplicación práctica de las ideas psicoanalíticas.

4.1. Fundamentos teóricos

El psicoanálisis constituye la influencia clínica dominante en la TAC. Los conceptos psicoanalíticos resultan centrales, si bien existen modificaciones de gran importancia con el propósito de que la teoría resulte más accesible y compatible con otras teorías preocupadas con la psicología del funcionamiento humano.

La comprensión teórica que desde el psicoanálisis permite vincular el desarrollo infantil con la estructura de personalidad y las formas de relación que el individuo mantiene con su entorno, además de la importancia otorgada desde este enfoque a la relación terapéutica, se erigen en factores explicativos del por qué de la relevancia del psicoanálisis para la TAC. Es preciso tener en cuenta también la coincidencia de ambos enfoques respecto a los objetivos, esto es, ayudar al paciente a conseguir una mayor capacidad de autoconciencia y autocontrol. En aras de una mejor comprensión de las diferencias importantes entre el psicoanálisis y la TAC, retomaremos este apartado tras la exposición breve de las características fundamentales de la TAC.

De cualquier modo, el referente fundamental de la TAC no es tanto el psicoanálisis propiamente dicho, como ciertas aplicaciones de este último a formatos terapéuticos menos intensos, por una parte, y la terapia psicoanalítica breve, por otra.

En definitiva, del marco psicoanalítico la TAC retoma la teoría de las Relaciones Objetales, propuesta teórica que compatibiliza con la teoría de los constructos personales de Kelly, y algunas propuestas habituales en la psicología cognitiva, la psicología del desarrollo y las psicoterapias cognitivo-conductuales.

4.2. El modelo de secuencia procedimental: influencias recibidas

El Modelo de Secuencia Procedimental (MSP) plasma la base teórica de la TAC al reafirmar diversas ideas psicoanalíticas pero utilizando un lenguaje cognitivo. Este modelo sirve de guía para la psicoterapia y pretende comprender la neurosis.

Según el MSP los actos intencionales y el desempeño de los roles en los contextos interpersonales se explican mediante secuencias de procesos mentales, conductuales y del medio.

En este contexto, la secuencia procedimental o procedimiento constituye la unidad descriptiva básica, y permite concebir la acción intencional en términos de una repetición modificable y recurrente de secuencias de procesos mentales y acciones en el mundo.

Los estadios que forman parte de una secuencia procedimental desplegada para conseguir un objetivo son:

1. Definir un objetivo
2. Asegurarse de que el objetivo es congruente con otros objetivos y valores
3. Evaluar la situación y predecir la propia capacidad de influir en ella así como las consecuencias probables de alcanzar el objetivo
4. Considerar el rango de medios o sub-procedimientos disponibles y seleccionar el mejor
5. Actuar
6. Evaluar la efectividad de la acción y las consecuencias
7. Confirmar o revisar el procedimiento y el objetivo.

En el caso de la neurosis, el individuo perpetúa el empleo de procedimientos inadecuados. Son procedimientos problemáticos, de enorme importancia en el contexto terapéutico que nos ocupa por cuanto constituyen patrones repetidos que originan problemas al paciente. Su identificación y descripción para poder modificarlos requiere la exploración de tres aspectos igualmente importantes: los procesos mentales (intenciones,

juicios, etc.), la actuación, y las consecuencias de la conducta. Existirían tres tipos de procedimientos problemáticos:

- Trampas: determinadas ideas de naturaleza negativa conllevan acciones cuyas consecuencias refuerzan y perpetúan las ideas iniciales, generándose un círculo vicioso en el que la persona queda atrapada.
- Dilemas: la conducta del individuo se balancea entre alternativas polarizadas y dicotomizadas.
- Inconvenientes: son trabas personales que impiden embarcarse en empresas y roles adecuados al anticipar —con acierto o sin él— que otros se opondrán a la iniciativa del individuo. Éste puede llegar a frenar su iniciativa no sólo por la anticipación de la reacción de determinados agentes sociales, sino también por la idea de que aquello que se desea es peligroso o prohibido para él.

Tal es la importancia de estos procedimientos problemáticos que, en último término, las actividades del terapeuta están encaminadas a promover el reconocimiento por el paciente de dichos procedimientos y su sustitución por otros más positivos y adaptativos.

El MSP refleja en cierto grado la escuela del psicoanálisis de las Relaciones Objetales. La incorporación sistemática de las teorías de las Relaciones Objetales en la TAC queda recogida en el énfasis que se otorga a la idea de procedimientos de rol recíproco. Estos procedimientos se desarrollan sobre la base de relaciones tempranas. Así, el repertorio de roles recíprocos del individuo se forma en la interacción con los padres, donde el niño, desde pequeño, se ve inmerso en interacciones que constituyen secuencias de respuestas recíprocas, con lo que aprende a responder de un modo determinado ante las conductas de sus padres, a la vez que a anticipar las consecuencias sociales de sus conductas. Este aprendizaje temprano de los roles recíprocos vinculado con la interacción mantenida con los progenitores provoca que el repertorio propio sea en gran medida reflejo del repertorio de roles recíprocos de los propios padres.

Este punto recoge la influencia que sobre la CAT tiene el concepto de transmisión intergeneracional de modelos de trabajo de las relaciones, de Bowlby.

Para comprender cómo se incardinan los procedimientos de rol recíproco en el MSP, debemos tener presente la secuencia procedimental antes descrita en la consecución de un objetivo, y cómo lo que consideramos en este caso es la conducta interpersonal. Pues bien, al predecir las

consecuencias de la propia conducta, aspecto importante de la secuencia procedimental, debemos predecir la conducta recíproca del otro. Es decir, dicha predicción se refiere a las respuestas del otro. Y del mismo modo, en el momento de evaluar las consecuencias y efectividad de nuestra conducta, debemos evaluar la respuesta del otro. El lector comprenderá entonces cómo, alcanzar una relación satisfactoria implica comprender y conjugar dos procedimientos de rol recíprocos.

La importancia de los patrones de rol recíprocos derivados de la experiencia temprana ha llevado al establecimiento del Modelo de Relaciones Objetales de Secuencia Procedimental, que, frente al MSP, tiene la ventaja de ofrecer una comprensión más general de la estabilidad de la personalidad. En el nuevo modelo subyace la idea de cómo aquellos roles que, desde edad temprana son intolerados por el propio individuo dadas las prohibiciones o afectos inmanejables asociados, se pueden sustituir por procedimientos que reflejan una forma de evitación o defensa. Y estos procedimientos, una vez consolidados se vuelven estables porque generan en los demás respuestas recíprocas que confirman el rol. Los procedimientos quedan reforzados continuamente y ello hace que se estabilicen y podamos aludir a la personalidad del individuo.

Por otra parte, el MSP no sólo refleja cuestiones principales abarcadas por las teorías de las relaciones objetales. También, y en la medida en que el MSP se interesa por la acción intencional, la influencia vygotskiana de la psicología del desarrollo está presente. Como señala Ryle (1990) se puede concebir que el MSP se basaría en una unidad de observación coincidente con lo que Vygotsky había mantenido: un microcosmos de conciencia. De hecho, la influencia de Vygotsky al respecto de la mediación en el aprendizaje, o dicho de otro modo, la necesidad de un aprendizaje mediado para la aparición y desarrollo de los procesos psicológicos superiores está muy presente en la práctica del TAC. La noción de andamiaje, descrita por Bruner y referida a las ayudas que el profesor despliega para que el alumno realice una tarea, así como la retirada progresiva de dichas ayudas cuando el alumno es capaz de actuar con mayores niveles de autonomía es una idea bien acogida en la TAC, en la que se sugiere que el terapeuta debe involucrar al paciente en las tareas y ofrecerle la ayuda necesaria para ello, asignándole una responsabilidad cada vez mayor en su propio progreso terapéutico.

4.3. El plan de tratamiento: el desarrollo de las sesiones

De un modo general, la TAC puede dividirse en dos grandes bloques de sesiones:

- Un bloque incluiría las cuatro primeras sesiones, que culmina con la sesión de reformulación, en la que quedan descritos los problemas del paciente y los procedimientos que sostienen dichos problemas.
- El segundo bloque, que contempla el resto de sesiones, de la 5 a la 16 aproximadamente, se orienta a aumentar la conciencia del paciente acerca del empleo en los distintos contextos de los procedimientos que mantienen sus problemas, así como a trabajar con él para sustituir dichos procedimientos por otros modos alternativos de conducta más apropiados. Esta doble actuación, puede definirse como reconocimiento y revisión.

Veamos de un modo más pormenorizado las tareas incluidas en cada bloque de sesiones.

4.3.1. Las tres primeras sesiones

En estas primeras sesiones se recoge información sobre la historia de vida completa con objeto de poder comprender de forma exhaustiva al paciente y la naturaleza de sus problemas. Se emplea para ello entrevistas semiestructuradas o no estructuradas; se realiza una evaluación psiquiátrica si no se ha hecho con anterioridad, y se anotan las interacciones del paciente con el terapeuta.

Cada sesión permite, además de comprender en mayor profundidad la historia y problemas del paciente, definir la relación terapéutica y crear un ambiente propicio para el trabajo conjunto, que posibilitará que el terapeuta pueda ya desde estas primeras sesiones detectar aspectos de los procedimientos problemáticos del paciente, en los que el terapeuta está especialmente interesado. De hecho, el objetivo último de estas tres primeras sesiones es culminar en la cuarta —sesión de reformulación— con la identificación de los principales problemas del paciente (descripciones de lo que marcha erróneamente) y los procedimientos que subyacen a dichos problemas; procedimientos que, como se analizó en otro apartado, pueden ser de tres tipos: trampas, dilemas e inconvenientes. En cualquier caso, se trata de procedimientos dañinos que se utilizan de forma repetida y que, una vez identificados (a menudo se manifiestan en el aquí y ahora de la sesión), se convierten en aspectos centrales para la terapia.

Con objeto de aumentar progresivamente la comprensión de la historia del paciente y de identificar y describir sus problemas y los procedimientos que los sustentan, el terapeuta en estas tres primeras sesiones hace uso de una serie de herramientas como son el Perfil de Psicoterapia,

complemento a la entrevista clínica no estructurada que se da al paciente para que lo lea. En él figuran descripciones de procedimientos problemáticos comunes ante los cuales el paciente debe decidir con cuáles se identifica. La lectura y discusión con el terapeuta de las trampas, dilemas e inconvenientes que forman el perfil ayuda de un modo importante en el proceso de formulación.

Otra herramienta de gran utilidad en estas tres primeras sesiones, si bien se utiliza a lo largo de toda la terapia, son las tareas para casa que prescribe el terapeuta y que incluye la autoobservación por parte del paciente de los síntomas, conductas no deseadas y cambios de humor. Se requiere que el paciente anote no sólo la ocurrencia de estas conductas sino también y especialmente el contexto en el que tienen lugar, y los posibles precipitantes que las provocan (pensamientos, etc.).

El terapeuta explicita al paciente la importancia del trabajo en casa y se le informa de la necesidad de trabajar entre una sesión y otra, de modo que el trabajo realizado será discutido con él.

Es importante resaltar que, en la TAC, en la que el paciente adopta un papel activo, la autoobservación de los síntomas genera en el paciente un actitud más activa frente a estos.

Para que las tres primeras sesiones desemboquen en una definición adecuada acerca de qué procesos necesitan ser modificados en la terapia, el terapeuta ha debido mostrar una importante habilidad de escucha y comunicación con su paciente, pero también una capacidad para movilizar la capacidad de trabajo de éste.

4.3.2. La sesión de reformulación

Generalmente la reformulación tiene lugar en la cuarta sesión. En esta sesión, el terapeuta enlaza la información e impresiones que sobre el paciente ha recogido en las anteriores sesiones.

Es en este momento, cuando el terapeuta ya ha alcanzado una comprensión adecuada del paciente y están descritos los principales problemas y procedimientos problemáticos, cuando se adopta la decisión de qué objetivos concretos y qué duración tendrá la terapia.

La reformulación, basada en el Modelo de Secuencia Procedimental, constituye un momento clave de la terapia. Consta de dos partes: una descripción o informe, y un listado de los problemas y los procedimientos que los sustentan.

El informe, generalmente redactado en el formato de una carta al paciente, o incluso en la propia voz del paciente, recoge las experiencias

claves del pasado de éste, rescata de un modo simple y directo las dificultades de su vida, cómo se afrontaron, y la vinculación existente entre los problemas mantenidos en la actualidad y los procedimientos que se desarrollaron en el pasado. Si bien el contenido de la carta no es una creación del terapeuta, sino que se ajusta a la información que desde la primera sesión facilitó el paciente, la labor del terapeuta radica en dar sentido y conectar las experiencias del pasado, vinculándolas con las dificultades del presente. El informe despliega y enfatiza los orígenes y manifestaciones de los procesos que se describen. Asimismo, tiene la función de validar experiencias pasadas del paciente o clarificar de qué elementos del pasado fue responsable y de cuáles no, restableciendo significados adecuados del pasado. Por otro lado, y puesto que el informe considera de un modo importante la significación emocional de los eventos para el paciente, éste tiene la posibilidad de *reconciliarse* con las emociones negadas hasta el momento.

El proceso es interactivo, de modo que el paciente ha de confirmar cada una de las cuestiones y frases que el terapeuta o él mismo lee. Los esfuerzos resultan inútiles si paciente y terapeuta no convergen respecto a significados del pasado del paciente y su vinculación con elementos problemáticos del presente. El informe presentado al paciente no tiene en este momento más estatus que el de un borrador. Es un momento pues especialmente indicado para abrir una discusión o clarificar cualquiera de las cuestiones que aparecen en la carta y con las que el paciente o bien no está de acuerdo, o bien no comprende. El terapeuta ha de permanecer flexible y tomar nota de los comentarios y respuestas del paciente. De ese modo, a lo largo de la sesión se va mejorando y completando la descripción original hasta llegar a una versión que el paciente siente que es correcta, con las implicaciones positivas que tiene para él sentirse verdaderamente comprendido. Como es de esperar esto también fortalece la alianza terapéutica.

Hemos descrito la parte de la reformulación correspondiente al informe, pero aquella incluye también, tras la lectura de la carta, un listado de problemas y los procedimientos subyacentes a los problemas, sobre los cuales se ha trabajado en las primeras tres sesiones. Este listado ofrece el material de trabajo terapéutico en adelante, que se centrará en modificar los procedimientos problemáticos. Al igual que ocurría anteriormente con la carta, el listado ha de ser discutido con detalle y hacer las modificaciones precisas para alcanzar un acuerdo.

De este modo, si los procedimientos son desarrollados, comprendidos y consensuados junto al paciente, se incrementa la posibilidad de obtener unos resultados terapéuticos satisfactorios. Es importante que cada pro-

cedimiento sea descrito de un modo claro y preciso. Estas descripciones de los procedimientos desadaptativos y automáticos empleados por el paciente constituyen una poderosa herramienta de reflexión para éste, quien tiene la posibilidad en adelante de ser más consciente e identificar dichos procedimientos, así como sustituirlos por otros, tareas que corresponden a las sesiones posteriores.

De cara a facilitar la comprensión al paciente de los procedimientos problemáticos, haciendo más explícita y precisa la naturaleza secuencial y perpetuante de estos procedimientos, se desarrolló la técnica de la Reformulación en Diagrama Secuencial. Una de las principales ventajas de esta forma gráfica de mostrar los procedimientos radica en la posibilidad de señalar las conexiones existentes entre diferentes procedimientos, dado que en ocasiones algunos de los procedimientos apuntados en la reformulación podrían ser formas alternativas de describir el mismo fenómeno. En otras palabras, es de gran utilidad cuando se vinculan diversos procedimientos.

Fruto de la experiencia de trabajo conjunto que supone esta cuarta sesión de reformulación, las modificaciones que vayan surgiendo a lo largo de la misma son recogidas por el terapeuta, quien generará un nuevo documento escrito, dando una copia al paciente.

Con todo lo dicho, puede afirmarse que la principal habilidad del terapeuta de este enfoque es lograr buenas reformulaciones, y especialmente buenas descripciones de los procedimientos problemáticos del paciente.

4.3.3. Sesiones quinta a decimosexta

El Reconocimiento y la Revisión constituyen las dos grandes áreas en torno a las cuales se vertebra la labor terapéutica a partir de la reformulación.

Los pacientes llevan a cabo tareas específicas en casa para reconocer el uso recurrente de los procedimientos problemáticos. Se pretende que el paciente entienda sus propios procedimientos desadaptativos y reconozca cómo, cuándo y dónde están aplicándose y repercutiendo en su vida diaria. Para ello, utilizan generalmente diarios en los que recogen los procedimientos y eventos significativos ligados a los mismos. Es una tarea de autoobservación cuyo procedimiento es similar al que ya efectuó el paciente en las primeras sesiones. Se le anima además a que registre los episodios tan pronto como ocurran.

Si bien estas tareas fuera de la sesión pueden producir mejoras en el paciente, otros, especialmente aquellos con trastornos más graves, requieren una labor más guiada donde sea el terapeuta quien reconozca los procedimientos problemáticos que se generan en la sesión.

Por otra parte, conforme el paciente identifica los procedimientos de un modo fiable a través del trabajo en casa, puede comenzar la tarea de revisión, es decir, la elaboración de objetivos y procedimientos alternativos. El terapeuta ayuda al paciente a desarrollar nuevos modos de pensar, sentir y actuar más adaptativos.

Para alcanzarlo, el terapeuta combina procedimientos específicos de la TAC junto a técnicas de varias escuelas de psicoterapia. Son técnicas que se derivan fundamentalmente de los enfoques cognitivo y psicoanalítico.

4.4. TAC y Psicoanálisis

Como ya indicamos al principio de la exposición de la TAC, el psicoanálisis constituye una influencia muy notable en el desarrollo de la misma. Sin embargo, existen diferencias importantes que, al hilo del conocimiento que el lector ya tiene de las líneas básicas de tratamiento de la TAC, pueden resumirse en:

- El terapeuta de la TAC está preocupado principalmente con la descripción precisa y no tanto con la interpretación. Para Ryle, la descripción tiene la ventaja frente a la interpretación de poder ser discutida. Mientras que la interpretación «obliga» al paciente a aceptarla, en base a la *omnisciencia* del analista, en la TAC el terapeuta mantiene una actitud abierta y de escucha respecto al sentido que tienen los elementos desde el prisma del paciente.
- Desde la TAC se favorece y estimula la participación del paciente en mayor grado que sucede en el psicoanálisis.
- El papel del inconsciente, central en el psicoanálisis, pasa a un segundo plano en la TAC. El objetivo no es explorar el inconsciente. De hecho, la reformulación constituye un proceso en el que se pide al paciente actividades de autoobservación y autorreflexión.
- Como consecuencia de lo anterior, y frente al psicoanálisis, en la CAT los mecanismos defensivos del individuo bajan la guardia. En términos de Ryle (1990): «es como si el yo, al facilitarle buenas herramientas conceptuales, se sintiera menos asediado y pudiera prescindir de las fortificaciones del inconsciente».

- Las diferencias se hacen muy patentes en la duración de la terapia, dado que la CAT constituye una modalidad de psicoterapia breve.

5. LA TERAPIA INTERPERSONAL DE KLERMAN Y WEISSMAN

La Terapia Interpersonal (Klerman y cols., 1984; Klerman y Weissman, 1993; véase Weissman, 1999, para una breve revisión) constituye una forma de psicoterapia breve encaminada al tratamiento en un principio de pacientes adultos con depresión mayor. Sin embargo, con el paso del tiempo la terapia interpersonal se ha ido adaptando a otras poblaciones, otros tipos de desórdenes —no sólo afectivos—, y a distintos formatos (en grupos, o a través de contactos telefónicos).

5.1. Fundamentos teóricos

Fue desarrollada por Klerman y Weissman en los años 70 y principios de los 80. En sus inicios, la Terapia Interpersonal (TI), denominada *alto contacto*, constituía un tratamiento breve de la depresión que imitaba lo que se denominaba tratamiento de apoyo, y fue creada con fines de investigación en ensayos clínicos, comprobando el efecto de la psicoterapia tras el tratamiento de pacientes deprimidos.

Para comprender el trabajo de Klerman y Weissman es preciso acudir a los orígenes de la escuela interpersonal y la influencia de diversos autores.

La escuela interpersonal emerge durante la década de 1930 y 1940 y estuvo inicialmente basada en el trabajo de Harry Stack Sullivan, si bien pronto incluyó algunas de las teorías de los neofreudianos Fromm-Reichmann, Erich Fromm o Karen Horney.

Sullivan es la persona que con mayor claridad articuló el paradigma interpersonal. Su trabajo es pues particularmente importante para el desarrollo de la TI. Sullivan remarcó los efectos beneficiosos de la compañía, resaltando lo importante que resulta mantener relaciones con compañeros de confianza. Además, para Sullivan la psiquiatría no se agota en la mente, el cerebro o la sociedad, sino que tiene su interés primordial en el estudio científico de la gente y los procesos entre las personas.

Otros autores influyeron igualmente en la construcción de la TI en la medida en que, de un modo u otro subrayaron cómo las relaciones inter-

personales pueden influir sobre el estado de ánimo e incluso convertirse en un antecedente de la depresión clínica. Destacamos a Bowlby (1969), quien dejó patente la vulnerabilidad de los niños pequeños a la depresión y a la enfermedad mental en la adultez cuando no se establecían unas relaciones de apego seguras entre el niño y sus cuidadores. Apoyados en la teoría de Bowlby, Brown y Harris (1978), interesados en el estudio de los orígenes sociales de la depresión en la mujer, encuentran que, tras la pérdida de una relación importante, poseer una relación de confianza puede ser un factor protector ante la depresión.

En esta serie de trabajos, los autores mencionados apuntaban ya dos notas características de la aproximación interpersonal, muy presentes en la vertebración del quehacer terapéutico en la TI. Por una parte, el interés por los roles sociales, concretamente la relación cara a cara del paciente con sus otros significativos; lo que interesa son las relaciones más cercanas del individuo. Por otra parte, la consideración de que los trastornos en las relaciones interpersonales pueden constituir antecedentes de la enfermedad mental (lo cual no excluye que la enfermedad mental pueda generar problemas en la capacidad de desempeño de roles sociales).

5.2. Carácter integrador de la TI

La TI es una terapia integradora en su teoría, si bien resulta pura y específica en la práctica. En esta forma de terapia se reconocen componentes de las aproximaciones psicodinámica, conductual y cognitiva.

Con respecto a la terapia psicodinámica, la TI resulta similar en la medida en que los resultados son mejores cuando el paciente dispone de una red de apoyo social fuerte. Ambos enfoques enfatizan también la importancia del afecto en la sesión, de modo que la receptividad emocional y la comprensión de los sentimientos son aspectos de primer orden. Otro punto de relativa unión radica en la exclusión del tratamiento de agentes sociales cercanos al paciente; una exclusión que, en aras de guardar la confidencialidad del paciente, es total en la terapia psicodinámica, y frecuente en la TI, en la que exceptuando alguna sesión inicial con carácter instructivo, no participan del tratamiento familiares ni amigos.

No obstante, existen claras divergencias entre ambos enfoques. Así, mientras que la TI se centra en la formación del síntoma y la disfunción social asociada con la depresión, la terapia psicodinámica indaga en aspectos de la personalidad.

Por otra parte, el terapeuta de la TI se muestra optimista e intenta transmitir este estado al paciente, pero en la terapia psicodinámica el terapeuta se mantiene neutral. Otra diferencia radica en el marcado afán de interpretación que impregna el enfoque psicodinámico, que es sustituido por la exploración en la TI. Una última diferencia de gran importancia para la práctica clínica radica en la atención prestada a las vivencias del pasado, material imprescindible en el enfoque psicodinámico pero que ocupa un segundo plano en la TI, donde lo que verdaderamente importa es el aquí y ahora, concretamente el contexto social inmediato del paciente, sus relaciones interpersonales actuales más que pasadas.

En relación a la terapia cognitivo-conductual, la TI y la terapia cognitivo-conductual comparten, de un lado, la necesidad de seguir unas estrategias de tratamiento muy específicas, y de otro lado, el nivel relativamente alto de actividad del terapeuta y su hincapié en el entrenamiento de ciertas habilidades.

5.3. Fases de la TI

Contempla tres fases. En la primera fase, que suele abarcar las tres primeras sesiones, se obtiene un diagnóstico y una historia psiquiátrica. Es una fase que prepara el marco para la intervención. Se identifica el principal problema asociado con el comienzo de la depresión. En la fase intermedia se trabajan las principales áreas problemáticas interpersonales en la actualidad. La última fase tiene como finalidad la revisión del progreso. Veamos con mayor detenimiento cada una de estas fases, con especial atención a la primera de ellas.

5.3.1. Las sesiones iniciales

Estas primeras sesiones abarcan:

- Revisión de síntomas: es preciso una revisión detallada de los síntomas del paciente, de su presencia, duración y severidad. Esta revisión es beneficiosa para el paciente dado que le permite distinguir entre la tristeza normal y la depresión; y le tranquiliza, al comprobar que su problema encaja en un síndrome clínico que el terapeuta identifica. Además, la revisión es necesaria para que el terapeuta confirme su diagnóstico en base a criterios estandarizados.
- El inventario interpersonal: una vez revisada la sintomatología depresiva, el terapeuta, con objeto de buscar pistas para el tratamiento, revisa el funcionamiento social actual del paciente así como los precipitantes interpersonales particulares de la sintoma-

tología depresiva (aquellos cambios en las relaciones próximos a la aparición de los síntomas, como la muerte de un ser querido, etc.).

Para facilitar esta labor el terapeuta puede emplear un inventario de relaciones actuales y pasadas del paciente, con el cual se exploran las relaciones importantes del paciente con otras personas, comenzando en el presente.

A través del inventario interpersonal el terapeuta descubre cuáles son las relaciones difíciles y desafiantes del paciente así como los puntos de apoyo importantes de la red social de éste.

Para poder desarrollar una verdadera comprensión del paciente y enmarcar adecuadamente los síntomas en un contexto interpersonal —que en último término constituirá el foco del tratamiento—, es crucial examinar la calidad de las relaciones del paciente, descubriendo entre otras cosas, si su red social es caracterizada por él en términos generales como positiva o negativa.

- Explicación de la depresión y su tratamiento: tras el diagnóstico específico, el terapeuta educa al paciente acerca de qué es la depresión, para lo cual se puede abrir una discusión sobre el diagnóstico en base a los síntomas referidos por el propio paciente. Asimismo, se establecen cuáles son las expectativas del tratamiento.
- Asignación al paciente del rol de enfermo: tras la revisión de síntomas, el terapeuta asigna dicho rol al paciente, transmitiéndoselo explícitamente y también a su familia —a su debido tiempo.

Otorgar al paciente el rol de enfermo le permite abandonar temporalmente algunas actividades pesadas y reengancharse a otras que, con anterioridad le resultaban atractivas, si bien, dado el cuadro depresivo, podría mostrar dificultades en recordar las actividades gratificantes y ponerlas en marcha.

No obstante, la asignación del rol de enfermo no exime la necesidad de cooperación del paciente en el tratamiento con el objetivo de sentirse progresivamente mejor y abandonar el papel de enfermo tan pronto como sea posible. Este aspecto está muy relacionado con la enseñanza al paciente de su rol en la TI, anticipándole que, si bien en las primeras sesiones el terapeuta tiene un papel más directivo y activo, conforme transcurran las sesiones el paciente irá asumiendo más responsabilidades y se le exigirá un papel cada vez más activo.

- Evaluar la necesidad de medicación, en función de la severidad de los síntomas, la preferencia del paciente, la experiencia previa y la respuesta al tratamiento.

- Elección del foco de tratamiento o identificación de las principales áreas problemáticas.

Durante las primeras cuatro sesiones se trabaja con el paciente en la elección de un foco de tratamiento en base a aquellas cuestiones interpersonales que resultan de mayor importancia en la depresión actual del paciente. El terapeuta vincula la sintomatología depresiva a la situación interpersonal del paciente en el marco de cuatro posibles focos de problemas interpersonales: dolor/pena; disputas interpersonales; transiciones de rol; y déficits interpersonales. Dada la naturaleza limitada de la TI, el tratamiento se concentra en una o dos de estas áreas interpersonales. Si bien las cuatro áreas no constituyen un sistema de clasificación exhaustivo, ayuda a la labor del terapeuta de definir objetivos y seguir estrategias de tratamiento. Con frecuencia, uno de estos cuatro focos problemáticos está vinculado al comienzo de la depresión.

Elegir el área en torno al cual girará el tratamiento, es una tarea abordada de forma conjunta por el paciente y el terapeuta; tarea en la que no siempre se llega a un consenso, dado que cada agente de la díada puede percibir la conveniencia de trabajar sobre un foco distinto. Cuando esto ocurre, el terapeuta puede adoptar distintas estrategias encaminadas en unos casos a postergar la elección del foco principal de tratamiento; en otros casos a establecer metas muy generales inicialmente para acabar después eligiendo un área específica; o bien dando prioridad a la elección del paciente, con la expectativa de que él mismo se percatará más tarde de la necesidad de tratar otras áreas que resultan más nucleares.

5.3.2. Áreas de la TI

La Terapia Interpersonal contempla cuatro áreas básicas de trabajo terapéutico; dolor/pena, disputas de roles interpersonales, transiciones de rol y déficits interpersonales.

Dolor/pena

Hace referencia a la pena asociada a la muerte de un ser querido. Por tanto, tan sólo se considera cuando ha habido un fallecimiento real. Puesto que resulta normal la pena en esta situación, la TI interviene en aquellos casos en los que existe un fallo para superar las diversas fases del proceso normal de duelo.

Dos son los objetivos de la TI en estas situaciones: facilitar el proceso de luto —que ha quedado estancado— y ayudar al paciente a encontrar nuevas actividades y relaciones satisfactorias para compensar la pérdida.

Para facilitar el proceso de duelo, el terapeuta abre un proceso de reactivación en el que elicitó sentimientos del paciente. Le anima a pensar

en la pérdida y contar los detalles de la muerte del ser querido, incidiendo en la secuencia de los eventos anteriores y posteriores a la muerte además del funeral. En este proceso se exploran los sentimientos asociados y se evita el enjuiciamiento. Además, dado el posible temor de algunos pacientes a perder el control o ser incapaces de cesar en su llanto ante la evocación de lo relacionado con la muerte del ser querido, el terapeuta muestra consuelo y expresa la legitimidad en esas situaciones del llanto y otras expresiones emocionales temidas por el paciente.

El tratamiento incluye la reconstrucción de la relación con el difunto, dado que a veces, el proceso de duelo queda bloqueado por conflictos no resueltos adecuadamente. En ocasiones el bloqueo es producto de sentimientos fuertemente negativos hacia el difunto. La tarea del terapeuta será animar al paciente a explorar su ambivalencia y expresar los sentimientos negativos, anticipándole para ello que irán seguidos de otros sentimientos positivos y tendrá como consecuencia posiblemente una actitud más positiva hacia el difunto.

En estrecha relación con lo anterior, la idealización del difunto puede estar escondiendo un conflicto no resuelto con éxito. Acabar con la imagen idealizada del difunto y enumerar aspectos tanto positivos como negativos de la relación con el mismo pueden señalar un encauzamiento adecuado del proceso de duelo.

Pero, además de facilitar el proceso de duelo, la terapia intenta fomentar en la medida de lo posible, la renovación de las relaciones con las personas cercanas al paciente, relaciones que han quedado debilitadas por la depresión y es necesario fortalecer.

Disputas de roles interpersonales

Son conflictos del paciente con al menos otra persona significativa en los que existen diferentes expectativas sobre la relación. La incidencia de estos conflictos en la depresión justifica su abordaje terapéutico desde este enfoque.

El paciente, de un modo más o menos explícito, ofrece evidencia de los conflictos que mantiene con otra persona significativa.

La actuación del terapeuta en estos casos consiste en ayudar al paciente a explorar la relación y evaluar el estado o etapa en que se encuentra el conflicto. Una vez realizada esta tarea se elabora con el paciente un plan de acción que resuelva el conflicto, bien modificando patrones de comunicación, bien reevaluando las expectativas.

Las fases en las que se puede encontrar el conflicto son las siguientes:

- Renegociación: la disputa es muy activa y se acude a tratamiento porque se está al borde de la disolución de la relación.
- «Punto muerto»: no existe una disputa explícita, sino que la discusión ha finalizado. La relación se caracteriza por una ausencia de intimidad, existiendo un acuerdo *implícito* por ambas partes para romper los intentos de vinculación. Al fallar las alternativas puestas en marcha para resolver algunas áreas críticas de la relación, las partes han llegado a la conclusión de que están en un punto muerto, si bien no ha habido una resolución del conflicto. En este caso, la tarea del terapeuta es animar a la renegociación.
- Disolución: ante la incapacidad de negociar el conflicto, se produce una disolución de la relación y la búsqueda de nuevas relaciones.

Transiciones de rol

Se trata de cambios de rol, positivos o negativos, que experimenta la persona en el transcurso de su devenir. Si bien con carácter normal las transiciones de rol provocan pérdida de autoestima en la persona dadas las demandas que conlleva el nuevo rol y consecuentemente la necesidad de aprender nuevas habilidades y recursos para desempeñarlo adecuadamente, la interacción con otros agentes más expertos en el nuevo rol permite aprender progresivamente las nuevas habilidades.

Si bien esto es lo que ocurre en términos generales, el paciente deprimido restringe las posibilidades de interacción social que permitirían aprender el conjunto de habilidades que requiere el nuevo rol; su sintomatología y baja autoestima le alejan de las oportunidades de aprendizaje social. El terapeuta procura, de una parte, hacer ver al paciente los aspectos positivos y negativos del nuevo rol, y de otra, estimular los contactos sociales necesarios para que el paciente adquiriera una mayor competencia en su nuevo rol.

Destacamos también el hecho de que, las transiciones no sólo resultan difícil es cuando se abandona un rol positivo, sino también en el caso de las transiciones positivas, en las que el paciente podría sentirse culpable y avergonzado de disfrutar del nuevo rol.

Déficits interpersonales

Se trata del área de más difícil tratamiento en la terapia breve. En este caso, el paciente muestra un déficit significativo en las habilidades sociales necesarias para iniciar y mantener las relaciones.

Puesto que el paciente no dispone de muchas relaciones en el momento actual, el terapeuta, mediante técnicas como role-playing entrena al paciente en habilidades efectivas de comunicación.

5.3.3. Sesiones intermedias

La fase intermedia abarca generalmente de la cuarta a la novena sesión. Comienza una vez que se han definido las áreas problemáticas que se trabajarán en terapia y se ha establecido un contrato referido al tratamiento que aborda los aspectos prácticos del mismo y enfatiza el contexto interpersonal-social de la intervención, la duración, y el foco problemático a tratar.

En estas sesiones intermedias, y teniendo presente el área problemática en cuestión, la secuencia de movimiento en terapia es: la exploración general del problema; la focalización en las expectativas y percepciones del paciente; el análisis de formas alternativas posibles de manejar el área problemática; y finalmente, intentar una nueva conducta. Se emplean estrategias y técnicas específicas vinculadas al área interpersonal que se esté trabajando.

5.3.4. Sesiones finales

Abarca generalmente de la sesión 12 a la 16. Se continúa trabajando en las interacciones personales del paciente y se revisan los síntomas depresivos de éste cada semana. También se tiene en cuenta la posibilidad de sufrir episodios depresivos futuros, para lo cual se intenta que el paciente pueda identificar prontamente los síntomas depresivos y hacerles frente.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA Y LECTURAS RECOMENDADAS

- FERNÁNDEZ LIRIA, A. y RODRÍGUEZ VEGA, B. (2001). El movimiento hacia la integración en psicoterapia. En A. Fernández Liria, y B. Rodríguez Vega, *La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas* (pp. 65-77). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- RYLE, A. (1995). *Cognitive analytic therapy: Developments in theory and practice*. Chichester: John Wiley.
El autor recupera en los primeros capítulos la base teórica de la Terapia Analítico-Cognitiva y su formulación original, y señala posteriormente los nuevos avances en la misma que, provenientes de distintos campos psicológicos, enriquecen su terapia.
- WACHTEL, P. L. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
Se trata de la última edición revisada de la obra de 1977 de Wachtel, donde se incorpora a ésta de un modo muy explícito la perspectiva relacional.
- HOROWITZ, M. J. (1988). *Introduction to psychodynamics: A new synthesis*. Nueva York: Basic Books.
Constituye un esfuerzo muy meritorio y personalizado por integrar el psicoanálisis con la ciencia cognitiva fundamentalmente.
- KLERMAN, G. K., WEISSMAN, M. M., ROUNSAVILLE, B. J. y CHEVRON, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Nueva York: Basic Books.
El alumno tiene ante sí una obra fundamental en el desarrollo de la Terapia Interpersonal.

ACTIVIDADES

1. Hágase la lectura y elabórese un comentario de un texto que recoge las diferentes formas de concebir la integración en psicoterapia. Préstese especial atención a aquellos autores en cuyas propuestas destaca la corriente psicoanalítica:
FERNÁNDEZ LIRIA, A. y RODRÍGUEZ VEGA, B. (2001). El movimiento hacia la integración en psicoterapia. En *La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas* (pp. 65-77). Bilbao: Desclée de Brouwer.
2. Examine y compare los distintos ejemplos de reformulación propuestos por Anthony Ryle en el contexto de la Terapia Analítico-Cognitiva. Para ello, hágase la lectura de los casos de los pacientes expuestos en las pp. 20-24 del siguiente texto:
RYLE, A. (1990). *Cognitive-analytic therapy, active participation in change: A new integration in brief psychotherapy*. Chichester: John Wiley.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Qué autor incluye el término *esquema* en el núcleo de su teoría?
 - a) Horowitz
 - b) Ryle
 - c) Klerman
2. Los estados mentales que expresan excesiva impulsividad y des-control pertenecen a la categoría de:
 - a) Sobrerregulación
 - b) Baja regulación
 - c) No existe una categoría al respecto
3. En la teoría de Ryle, un dilema es:
 - a) Un modelo relacional
 - b) Un procedimiento problemático
 - c) Un procedimiento saludable
4. En la Terapia Analítico-Cognitiva, del paciente se espera una papel:
 - a) Pasivo
 - b) Relegado a la interpretación del psicoterapeuta
 - c) Activo
5. En la Terapia Interpersonal, el trabajo en las áreas problemáticas interpersonales del paciente en la actualidad se realiza en la fase:
 - a) Inicial
 - b) Intermedia
 - c) Final
6. Para Watchel, el paciente puede experimentar cambios y progresos terapéuticos en la medida en que se intervenga en las relaciones interpersonales
 - a) Pasadas
 - b) Presentes
 - c) Futuras

RESPUESTAS CORRECTAS

1. a) 2. b) 3. b) 4. c) 5. b) 6. b)

Capítulo 9

Psicoterapia Psicoanalítica: Principios conceptuales. Elementos técnicos. Aplicaciones

Alejandro Ávila Espada

Guión-Esquema

Objetivos

1. Introducción: ¿Es lo mismo psicoanálisis que psicoterapia psicoanalítica?
 - 1.1. El método psicoanalítico
 - 1.2. El método de la psicoterapia
2. Psicoterapia Psicoanalítica: Principios conceptuales
 - 2.1. La evolución de la técnica psicoanalítica
 - 2.2. La demanda. Las situaciones y los encuadres analíticos
 - 2.3. Motivación de tratamiento, Alianza de trabajo y Alianza terapéutica
 - 2.4. El proceso psicoanalítico. Sus modelos. Sus fases
3. Elementos Técnicos
 - 3.1. Las técnicas de las que se diferencia la psicoterapia psicoanalítica
 - 3.2. Los instrumentos específicos de la psicoterapia psicoanalítica
 - 3.3. Fenómenos característicos de las fases inicial e intermedia del tratamiento. Transferencia, contratransferencia y resistencia
 - 3.4. Fenómenos característicos de las fases avanzada y final del tratamiento

Resumen y conclusiones: Aplicaciones y variantes de la psicoterapia

Bibliografía básica y Lecturas recomendadas

Actividades

Ejercicios de autoevaluación

Palabras clave _____

Técnica psicoanalítica, Psicoterapia Psicoanalítica, Proceso terapéutico.

GUIÓN-ESQUEMA

La técnica psicoanalítica nació en el contexto de otras prácticas terapéuticas anteriores y coetáneas, entre ellas la hipnosis y más concretamente el método catártico de Breuer. Sucesivas modificaciones de estos métodos abocaron en el psicoanálisis, cuya fecha de nacimiento puede situarse en 1896. A partir de este momento, y hasta 1915, Freud fue fijando las condiciones de la analizabilidad, las normas de encuadre, las reglas técnicas, los instrumentos de trabajo, los contenidos del proceso terapéutico y la teoría de la cura, quedando establecida la técnica psicoanalítica ortodoxa.

Los deseos de aumentar la eficacia y abreviar el proceso, así como de extender la aplicación del psicoanálisis a diversos campos (infancia, psicóticos, etc.), llevaron a algunos miembros del paradigma a proponer ciertas innovaciones, algunas de las cuales cayeron en el olvido y otras han servido de asiento a prácticas actuales. Deben ser señaladas como aportaciones fundamentales las de Ferenczi, Rank y Reich, así como las ideas de la escuela de Chicago y las pertenecientes a la psicoterapia dinámica breve, y, en otro orden de cosas, las provenientes de la psicología del ego, del grupo kleiniano y lacanianas. Con sus peculiaridades, todas estas propuestas tienen un núcleo común (las ideas freudianas) y son los vectores de desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica.

En este capítulo se describen los principios fundamentales de la teoría de la técnica de la psicoterapia psicoanalítica. En primer lugar se efectúan matizaciones conceptuales acerca de si psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis son o no la misma cosa, proponiéndose para ambos un marco teórico común, la teoría psicoanalítica, aunque sea plural y compleja como hemos comprobado en los capítulos precedentes. Se define un encuadre y situación que haga posible el proceso analítico. Con independencia de que haya etapas del tratamiento más comprometidas con el logro de cambios en el orden de las necesidades del sujeto, y otras en las que el paciente en tratamiento se construya como sujeto-persona.

A continuación se describen las características de la demanda y se perfilan las propiedades del encuadre de trabajo, momento en el que ha de clarificarse si hay o no motivación de tratamiento, y si es posible construir una alianza terapéutica que permita poner en marcha un proceso analítico. Los modelos y fases de este último son revisadas desde dos concepciones: Por una parte la de la analogía con el desarrollo infantil y por otra su consideración como una segunda oportunidad actual para que el desarrollo fallido tenga lugar. Para abordar el estudio de las herramientas técnicas, se traza una distinción entre técnicas no analíticas, que la psicoterapia psicoanalítica comparte con otras terapias, y se pasa a la descripción de los principales elementos técnicos que le son propios: las reglas básicas (asociación libre, atención flotante, abstinencia),

las técnicas (preguntas, señalamientos, confrontación, clarificación, interpretación), así como los fenómenos que caracterizan las distintas fases del tratamiento (inicial, intermedia, avanzada y de terminación), especialmente la transferencia, contratransferencia, resistencia, insight, traslaboración, acting out, reacción terapéutica negativa, impasse y ansiedad de separación así como la importancia de esta última en la terminación del tratamiento.

Finalmente se hacen consideraciones sobre las diferentes estrategias y finalidades del tratamiento, y sus variantes en función de los sujetos que consultan.

OBJETIVOS

Al finalizar el estudio de este capítulo, el lector/a debería ser capaz de:

1. Comprender el sentido de los términos psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, en cuanto tratamientos psicológicos.
2. Conocer los principios conceptuales generales: demanda, motivación de tratamiento, alianza terapéutica, encuadre, proceso analítico, sus modelos y fases.
3. Identificar las técnicas específicas y propias de la psicoterapia psicoanalítica: las técnicas verbales de confrontación, clarificación, interpretación.
4. Comprender los principales fenómenos que se presentan en cada fase del tratamiento, con especial énfasis en la transferencia, contratransferencia, resistencia, insight, traslaboración, ansiedad de separación, etc.
5. Conocer las finalidades que persigue la psicoterapia psicoanalítica.

1. INTRODUCCIÓN: ¿ES LO MISMO PSICOANÁLISIS QUE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA?

En este capítulo vamos a efectuar una síntesis de los principales aspectos técnicos que caracterizan al psicoanálisis y a las psicoterapias psicoanalíticas que de él se derivan. La primera pregunta que hemos de tratar de responder, por la abundancia de debates y cuestiones habidos en torno a ella, es sí «Psicoanálisis» y «Psicoterapia Psicoanalítica» son una misma cosa o diferentes. Comenzaremos con una cuestión previa: la diferencia entre método y técnicas.

Siguiendo a Gutiérrez Terrazas (2002), pensamos que el método establece el vínculo entre una ciencia y su objeto. El método es inseparable del objeto. Habrá que decir, por tanto, que no hay un único método válido, desde el que se establece la posibilidad e idoneidad del objeto (idea ésta tan extendida en nuestro ámbito de la Psicología), sino que cada objeto requiere de un método específico y, a la vez, la utilización de determinado método va configurando y delimitando su objeto. El método funda un campo, en el que se articulan una ciencia y su objeto. La técnica, sin embargo, sería una función instrumental del método. Si el método está en función del objeto la técnica está en función del método. Es decir, la técnica sujeta a la relación que se establezca entre el objeto y el método. Consideremos pues, cual es el método psicoanalítico y cual el método de la psicoterapia.

1.1. El método psicoanalítico

El método psicoanalítico surge para poder investigar la realidad psíquica inconsciente. A su vez, el descubrimiento progresivo del método va haciendo posible la definición y conformación del psiquismo inconsciente. Es *análisis*, es decir, *separación*, *disgregación* de lo que está imagi-

naria, rígida y tal vez patológicamente conjuntado. Ante la presencia en nosotros mismos de lo incomprensible e inmanejable (deseos, representaciones, recuerdos, emociones, etc.), y la ansiedad que tal presencia produce, tendemos a establecer nexos, síntesis (racionalizaciones, creencias, recuerdos encubridores, etc.) que recompongan la coherencia y armonía yoica, aunque sea al precio del autoengaño y el desconocimiento.

Se podría pensar que las conductas genéricamente neuróticas (síntomas y trastornos de ansiedad, en sus diferentes variantes) son intentos de tapar de alguna manera la inquietante presencia de algo «otro» (inconsciente) en la conciencia. Una necesidad de coherencia yoica que le lleva al sujeto a «remendar» los rotos que la irrupción de lo inconsciente produce en su lógica racional.

Pues bien, el método psicoanalítico pretende descoser, desmontar (analizar) ese burdo remiendo para que se ponga de manifiesto lo inconsciente del sujeto. Si el método analítico pretende dismantelar las construcciones patologizantes, para hacerlo, instrumentaliza determinadas operaciones que adquieren así el valor de técnicas. Por ejemplo, la interpretación, el uso del diván que favorezca un discurso menos confrontado con el otro y en donde el sujeto se escuche más; el manejo de ciertos silencios como momentos en que se pueda poner en cuestión el sentido o sinsentido de lo dicho, etc.

Se desprende de todo lo anterior, que el análisis está al servicio del descubrimiento, y que como tal su finalidad no es curativa, sino de apertura, búsqueda, colisión, descubrimiento, con lo que pueda tener de potencial transformador, pero sin buscar un fin predefinido. Entendido así, «en estado puro» el psicoanálisis es hermenéutica y construcción de la subjetividad, que inevitablemente provocará transformaciones, pero que no las busca como propósito clínico.

1.2. El método de la psicoterapia

El mismo vocablo *psicoterapia* se enuncia como sinónimo de tratamiento psicológico. Las definiciones consensuadas de Psicoterapia proponen que ésta es «un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia» (FEAP, 1994). Los fines de la psicoterapia están pues orientados por la

contribución al bienestar subjetivo y social, implicando el compromiso con el logro de dichos fines con los medios más idóneos. La psicoterapia psicoanalítica, es decir, aquella psicoterapia que se basa o está fuertemente determinada por los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, más su amplísimo acervo de saber clínico acumulado, prima los objetivos terapéuticos sobre los de descubrimiento, aunque sea imposible trazar una frontera nítida entre ambos desarrollos. El objeto de la psicoterapia está más cerca de la realidad vital y relacional del sujeto, de sus conflictos no sólo presentes y pasados, sino presentes y futuros (v.g. la dificultad para proyectar un futuro); de las consecuencias que pueden tener sus conductas; de los déficits de capacidades vitales de todo tipo para manejar los problemas, etc. De ahí que el método no sólo será el puramente analítico sino que, en ocasiones, habremos de ayudar al sujeto, activamente, a que establezca síntesis nuevas, más ajustadas y valiosas para desenvolverse en su vida. La psicoterapia psicoanalítica habrá de usar las técnicas que le permitan atender simultánea o sucesivamente a dos fines: logro de cambios con relevancia clínica, y producción de subjetividad, sin renunciar a ninguno de ellos, pero sin ignorar que el logro de los cambios es la respuesta que el sujeto demanda a sus necesidades.

Por todo ello, las diferencias no estarán tanto en el método, ni en las técnicas concretas, como en la elección estratégica que se haga, en cada fase del tratamiento. Pero, para combinar en la psicoterapia actitudes tan diferentes sin que por ello se resienta ni lo terapéutico ni lo analítico, el terapeuta habrá de atenerse a una serie de «principios»:

- a) El terapeuta habrá de aceptar una serie de limitaciones significativas en el trabajo psicoterapéutico: limitará el material psíquico a investigar (es decir, elegirá el foco más idóneo en cada etapa del tratamiento) y limitará los objetivos que se pretenden lograr (objetivos terapéuticos).
- b) El terapeuta tendrá que mostrarse activo en determinados momentos de la terapia, combinándolo con el respeto por la asociación verbal espontánea del paciente y su receptiva escucha en otros.
- c) En esta línea de actividad, es necesario que el terapeuta planifique aspectos importantes de la terapia, así: el establecimiento de la alianza de trabajo, el foco estratégico para cada etapa, el tipo de manejo que hará con el material transferencial, las posibilidades interpretativas en cada momento y en cada sujeto, etc.

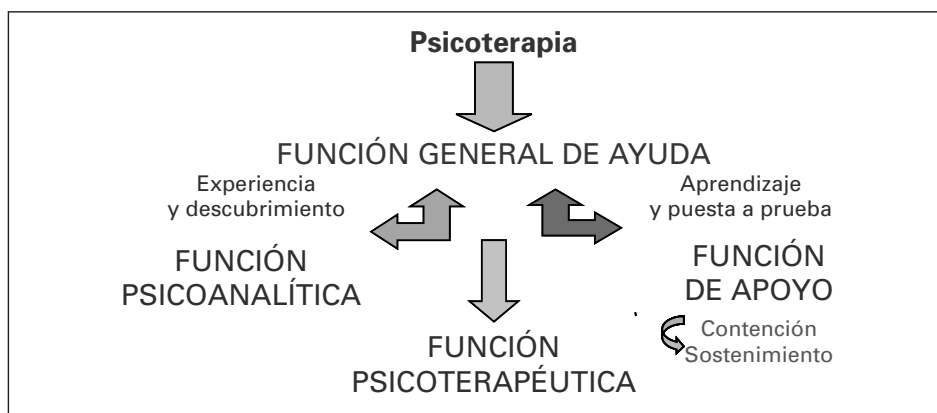
Para mantener esta actitud es necesaria una decidida flexibilidad por parte del terapeuta. Wolberg (1968) habló de que el terapeuta había de adoptar compromisos que difieren de los del psicoanálisis freudiano:

a) conformarse con objetivos reducidos (v.g. cambios parciales); b) aceptar la intervención de factores curativos extra-analíticos: placebos, impacto de la relación terapeuta-paciente, poder de la catarsis, influjo de la sugestión; c) estimular su actividad como terapeuta; d) aceptar un eclecticismo en el método que le permita estar abierto a diferentes posibilidades; y e) superar el prejuicio de «falta de profundidad».

El énfasis que han puesto algunos autores en marcar netamente las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica (Bofill y Tizón, 1994; Atxotegui, 1994; Coderch, 1987) mezcla cuestiones conceptuales y profesionales, al estar implicadas las exigencias sobre qué formación se requiere para practicar una u otra opción. Otras posiciones psicoanalíticas son más flexibles (Thomä y Kächele, 1989) al definir lo analítico como proceso posible, y no como un encuadre teórico o técnico del trabajo.

Aunque tanto nominal como conceptualmente persista la distinción entre *psicoanálisis* y *psicoterapia psicoanalítica*, son relativamente pocos los analistas que llevan a cabo principalmente *análisis*, dado que, a parte de los propios candidatos a psicoanalista, son relativamente pocas las personas *que inicialmente demandan realizar un psicoanálisis*. En consecuencia, la inmensa mayoría de las demandas que reciben los psicoanalistas son demandas de ayuda psicoterapéutica (véase el esquema 1, ampliado en los esquemas 2 y 3), que si son atendidas, implican la realización de *psicoterapias orientadas psicoanalíticamente*, en las cuales podrá activarse proceso analítico y efectos de descubrimiento, trayectorias que podrían ser redefinidas como psicoanálisis. El plural no es aquí un error; puesto que la variedad de maneras de llevar a cabo tal psicoterapia es notable, y de difícil clasificación.

Esquema 1



Indudablemente, la psicoterapia psicoanalítica necesita revisar las premisas organizadoras de su proceso y técnica, y esto probablemente sólo sea posible tras una nueva teoría que surja de la investigación sistemática del proceso de la psicoterapia. En los siguientes apartados se intenta precisar los elementos compartidos por los diferentes enfoques que reciben el nombre de psicoterapia psicoanalítica, donde las principales diferencias serán encontradas más a la hora de la justificación teórica que en la práctica clínica.

Esquema 2

LA FUNCIÓN PSICOANALÍTICA Despliega e incide en...
• Auto-observación • Descubrimiento del Mundo Subjetivo (El sujeto toma contacto parcial con sus procesos mentales) • Auto-conocimiento y Sentido de Sí mismo • La Identidad Personal (Construyendo subjetividad, devenir Sujeto)
Del sujeto alineado a... Sujeto Agente auto-reflexivo

Esquema 3

LA FUNCIÓN PSICOTERAPÉUTICA Activa y facilita...
• Alivio sintomático • Capacidades funcionales y estructurales (Más y mejores recursos) • Cambios en los patrones de relación • La experiencia subjetiva de cambio
Sujeto más capaz funcional, con mejor percepción y uso de los mecanismos de control

2. PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA: PRINCIPIOS CONCEPTUALES

2.1. La evolución de la técnica psicoanalítica

La técnica que conocemos con el apelativo de *psicoanalítica* surge por diferenciación y contraste con las prácticas terapéuticas establecidas

en el último cuarto del siglo XIX y principios del XX. Cuando Sigmund Freud se adentró en la clínica de los trastornos mentales e intentó adoptar compromisos terapéuticos, los instrumentos técnicos con los que se contaba eran ambiguos, insatisfactorios y escasamente específicos. Algunos provenían del tratamiento moral, otros de supuestos nuevos hallazgos: la sugestión, la persuasión racional, el método catártico, la electroterapia, y finalmente la hipnosis. Freud los recorrió todos, primero con ilusión y después con decepción, hasta en que tras su estancia con Charcot en París, decepcionado del método hipnótico, se va a decantar por introducir nuevas ideas, hilvanadas en la relación con su amigo y protector Joseph Breuer, y al hilo de las reflexiones plasmadas en los *Estudios de la Histeria* (Breuer y Freud, 1895). La *cura por la palabra* que ya se perfila en el método que Breuer usa con Anna O. va a ser desarrollada por Freud en sus intentos de establecer una teoría que explique el origen de las neurosis, y por ende, su terapéutica.

Frente a la catarsis, liberadora de emociones traumáticas, pero en la que no hay lugar para la elaboración, y a la hipnosis sugestiva, en la que, si bien se traía a la conciencia «lo olvidado», el paciente «dormido» dependía de la reiterada actividad y control del terapeuta, Freud va a optar por un paciente «despierto». En esta situación el paciente descubre como traer a su conciencia material reprimido, a través de la *asociación* espontánea. Ello sucederá en el marco de una relación especial con el terapeuta que se ve teñida por la *transferencia*. Desde 1896 Freud da primacía en su método a la llamada *asociación libre* del paciente, correspondida con una *atención parejamente flotante* en el terapeuta. En el momento de aparición de *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900), Freud ya está utilizando su primer modelo implícito de proceso terapéutico: «hacer consciente lo inconsciente». Un modelo ciertamente limitado si lo examinamos retrospectivamente, pero entonces revolucionario.

La técnica psicoanalítica no se sistematizó claramente hasta una década más tarde, cuando Freud publicó sus principales trabajos técnicos (Freud, 1911, 1912a, 1912b, 1913, 1914b, 1915a, 1919, 1937a, 1937b). En ellos Freud formuló los elementos técnicos de la iniciación del tratamiento, y abordó el papel de la transferencia y resistencia. Conceptos que pasarían a ser ejes de un nuevo modelo de proceso terapéutico: el cambio estructural devendría del combate con lo reprimido del conflicto neurótico y sus resistencias, en el terreno de la transferencia Freud (1912a), mediante el desarrollo en el análisis de una neurosis de transferencia (Freud, 1915a). Freud roza en esa época la problemática de la contra-transferencia, aunque no la desarrolla, y confía al necesario (y reiterado) análisis del analista la calidad del proceso. Hacia 1915 ya están clara-

mente establecidas las normas de accesibilidad al análisis, la iniciación y el encuadre (paciente tendido en un diván, analista situado tras él, encuentro clínico diario durante cincuenta minutos e indefinición de plazo para la terminación del tratamiento), las reglas técnicas (asociación libre, atención flotante, neutralidad y abstinencia) y los instrumentos de trabajo (reconstrucción, interpretación, y traslaboración del material verbal aportado por medio de las asociaciones libres espontáneas y las surgidas en torno a los actos fallidos, los lapsus y los sueños, todo ello en el marco de la transferencia). El fin inmediato era la toma de consciencia (lo que hoy llamamos «insight») del significado de los deseos inconscientes conflictivos, para, tras ello, acceder a la meta más lejana de la cura, que se alcanzaría si se daban los oportunos cambios metapsicológicos en dichos conflictos y en el aparato mental (Ávila y Poch, 1994). Este modelo, paradigma del psicoanálisis freudiano o clásico, ha permanecido hasta nuestros días, aunque haya coexistido con numerosas innovaciones, algunas de las cuales modifican claramente la propuesta freudiana. Dichas innovaciones, son por otra parte esenciales a la psicoterapia psicoanalítica, en tanto que permiten incluir objetivos terapéuticos, y también suponen una adaptación a las necesidades y posibilidades de los pacientes. Una buena parte de ellas han sido introducidas en capítulos anteriores: Ferenczi y Rank (*véase Capítulo 4*), Balint y Winnicott (*véase Capítulo 6*), Alexander y French (*véase Capítulo 4*); Otras derivan de los desarrollos teóricos que aportan las posteriores escuelas psicoanalíticas: psicología del Yo, pensamiento Kleiniano, las propuestas de los innovadores (*véase Capítulo 7*), más el desafío técnico que representan las propuestas de psicoterapia breve o focal (*véase Capítulo 10*). A pesar de todas las aportaciones que van más allá de Freud, la técnica psicoanalítica ha adquirido unidad en torno a deslindar entre las técnicas propiamente analíticas y las que, sin serlo, pueden usarse para ciertos fines y son consideradas «parámetros» de la técnica analítica (Eissler, 1953).

2.2. La demanda. Las situaciones y los encuadres analíticos

En los inicios de un tratamiento, la primera cuestión que hemos de examinar es la de la demanda que plantea el sujeto que consulta, y la respuesta clínica que podremos darle (*véase esquema 4*). La demanda tiene diferentes planos de manifestación:

- Hay una demanda explícita, observable en el análisis de contenido del material (comportamiento verbal y no verbal del sujeto que consulta expresado en el contexto de la relación con el clínico).

- La demanda ha de ser valorada en sus dimensiones latentes (no directamente observables pero inferibles por el clínico), que remiten a procesos estructurales relativos a la organización e integración de la identidad del sujeto.
- La demanda es implícita en cuanto que es una inferencia del clínico que la usa como hipótesis de trabajo.

El trabajo con la demanda sigue un proceso que va desde la expresión de la demanda por el sujeto, el trabajo que conduce a su clarificación, y la respuesta que a ella da el clínico, que genéricamente tiene tres opciones: a) propuesta de un encuadre de trabajo y gestión de su aceptación; b) derivación razonada a otro profesional o contexto de ayuda; c) rechazo de la demanda por que sea clínicamente inconsistente o inaceptable éticamente. Este trabajo es el eje de la Fase Inicial del tratamiento (*véase esquema 5*).

Esquema 4

LA DEMANDA	
Explícita vs. Implícita	
Manifiesta vs. Latente	
Sintomática vs. Estructural	
Proceso de la demanda:	Propuesta de encuadre
Expresión-Clarificación-Respuesta	Derivación
	Rechazo por inconsistencia
El trabajo de la demanda permite pasar:	
De la posición de «Objeto» a	
«Sujeto» agente de la Demanda	
(Mediado por los procesos de comunicación social en la sesión)	

Esquema 5

LA FASE INICIAL ES...	
• Toma de contacto con el paciente y primeras decisiones	Diagnóstico y/o Gestión de la Demanda
• Un período indefinido «idealmente breve»	2 a 5 sesiones Si se hace psicodiagnóstico: – Clínico, estructural, dinámico – Decisiones sobre adecuación del tratamiento
• Estructurado mediante «entrevistas»	Foco en la comunicación y vínculo intersubjetivo
• Se valora la «Demanda»	Entidad, características y niveles
• Se valora la «Accesibilidad al Tratamiento»	+ Acceder al Encuadre – Preparación vs. Derivación

Una vez valoradas las características del sujeto y su demanda, la propuesta de un encuadre de trabajo es la herramienta del clínico para la iniciación del tratamiento. Encuadre que a la vez facilita la creación de una situación analítica, que tiene como principal consecuencia el que puedan activarse los procesos de cambio terapéutico y de descubrimiento analítico. Las relaciones entre encuadre, situación y proceso analítico han generado amplia literatura teórica y clínica (véase Ávila, 2001). Quiñodoz (1992, p. 627) define el encuadre como «el conjunto total de condiciones necesarias (que se han mostrado más adecuadas) para generar la particular relación psíquica y afectiva entre analista y paciente mediante la cual puede llegar a ser establecido el proceso (analítico)». Modell lo propone como «la base sobre la que descansa el tratamiento psicoanalítico, inseparable de la (especial) relación de objeto con el analista (...) al mismo tiempo «real» y «re-creación» de las interacciones tempranas madre-niño» (1988, p. 577). Y como corolario de lo anterior, Stone (1961, 1967) definió la situación psicoanalítica como «las características comunes y constantes del encuadre, procedimiento y relación personal analítica, tanto en sus significados y funciones conscientes como inconscientes» (Stone, 1961, p. 9). Estas características se han reducido con frecuencia a la enunciación de un conjunto de reglas que atañen tanto a terapeuta como al paciente, y en las que hemos de prestar más atención a los procesos que intentan facilitar que a la mera adhesión formal a su contenido (véanse los esquemas 6 y 7).

2.2.1. «Reglas» y condiciones que contiene el encuadre

- *Estabilidad y continuidad temporal.* La duración de la sesión ha de ser estable y está definida por una tradición que resultó fundante al expresar un tiempo óptimo entre el necesario calentamiento y la fatiga: 45 ó 50 minutos. El horario de las sesiones está fijado de antemano y es normalmente estable. La frecuencia de las sesiones es también estable (al menos durante grandes períodos) y está determinada por la «intensidad» y «profundidad» ideal —o más bien por la posible— que se haya escogido considerando todas las circunstancias que concurren en un caso dado. La tradición marca la elección de 1 ó 2 sesiones por semana para la *psicoterapia psicoanalítica*; y de 3 ó 4 para el *psicoanálisis*. Aunque se ha considerado la mayor frecuencia como un factor decisivo para lograr mayor profundidad, ésta es una cuestión muy controvertida.
- *Constancia espacial e intimidad segura, aunque distanciada.* Se construye un espacio privado, ocupado solo por el analista-terapeuta y el paciente. En la tradición psicoanalítica el sujeto está en el diván y el analista permanece sentado atrás, fuera de su campo visual. Se asume que la interacción cara a cara puede dificultar el proceso de auto-observación cuasi-libre y de comunicación que requiere el análisis, y que en consecuencia la indicación de la interacción cara a cara apunta a condiciones en las que la disponibilidad del sujeto para el análisis está restringida o es prematura. El diván espacializa la metáfora de la asimetría y distancia necesaria. Precisamente por lo que implica de borramiento de los límites de lo real, el diván puede estar contraindicado en situaciones de déficits estructurales en que la internalización de dichos límites es aún muy precaria en el analizando.
- *Relación de carácter profesional.* Hay pago por el analizando al analista de sus honorarios profesionales (prefijados) o en su caso pago institucional subsidiado explícito. Obviamente la relación se enmarca en la deontología profesional en todos sus aspectos, en cuyo marco han de dirimirse todos los aspectos de la relación o intervención con el cliente.
- *Abstinencia.* Terapeuta y paciente aceptan la exclusión de la relación personal entre ambos, en beneficio de la observación y experiencia de los procesos que se activan en el tratamiento (*véase después: transferencia y contratransferencia*). El analista usa la relación y la comunicación con el analizando al servicio de las necesidades del proce-

so analítico, evitando satisfacer las suyas propias. Todo ello en el marco de los límites éticos y legales.

- *Tarea analítica.* El terapeuta formula una invitación explícita al paciente para que se abra a la comunicación verbal de todo contenido mental, en ruptura con el diálogo convencional. Pero más allá de esta invitación el terapeuta usa un estilo facilitador, no directivo, de la producción espontánea del paciente. En circunstancias «especiales» se incluyen en el análisis objetos reales que funcionan como mediadores, soportes de la comunicación (p. ej., con niños y adolescentes, a veces en el trabajo con pacientes psicóticos). El contexto de la sesión deviene así en espacio potencial de auto y hetero-observación, con el material de todos los planos de comunicación y secreto existentes en la relación, en aras de su comprensión. La comunicación que se da en la relación terapéutica es comunicación auténtica, si bien es asimétrica, reflejando la asimetría de deseo, necesidad y dependencia que existe entre ambos participantes.

Esquema 6

EJES O VECTORES DEL ENCUADRE	
• Fija una distancia intersubjetiva	Cercanía vs. lejanía entre partícipes
• Delimita fronteras	Dentro vs. fuera del tratamiento
• Planos de Temporalidad	Transferencia vs. real
• Asume límites éticos	«Ley» y normas
• Inscrito en un Metaencuadre	Lo social está presente y es fundante

Esquema 7

FUNCIONES DEL ENCUADRE	
• Campo o escenario	Para promover y observar el proceso analítico
• Contención	De procesos cognitivos y emocionales
• Sostenimiento	Espacio «potencial» para el desarrollo
• Ley	Facilitando la internalización de límites
• Transicional y simbolizada	Creando o integrando pensamiento reflexivo

El conjunto de formulaciones explícitas e implícitas que contienen estas reglas y condiciones constituyen el *encuadre formal*; su aceptación explícita es el *acuerdo o contrato terapéutico*; su efectuar implícita, la *alianza de trabajo*, sostenida inicialmente en el plano racional, pero rápidamente integrada y cuestionada en el plano de la experiencia y del conflicto. Hay un encuadre externo, explícito para ambos partícipes, y un *encuadre interno*, implícito, gestionado por el analista, para ajustar las dimensiones formales del encuadre externo a las necesidades funcionales que hacen posible el proceso analítico.

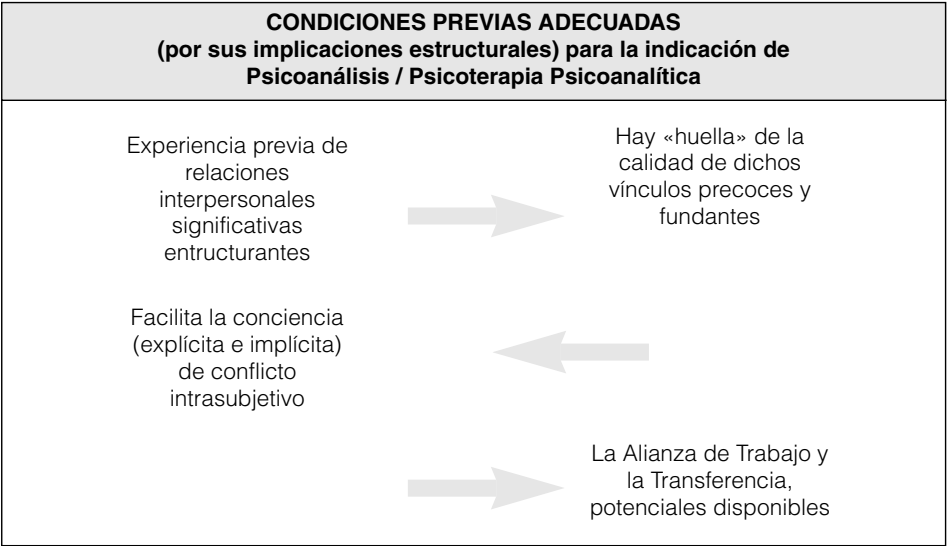
2.3. Acuerdo de tratamiento, alianza de trabajo o terapéutica. Motivación de tratamiento

No es posible iniciar realmente un tratamiento sin que se establezca un «acuerdo» de tratamiento. Que se logre este acuerdo depende básicamente de dos condiciones: la *aceptación consciente y explícita del encuadre*, lo cual es la base de la alianza de trabajo, y que se de un estado de *confianza básica suficiente* entre terapeuta y paciente, base de la comunicación empática, y de los fenómenos de identificación y contra-identificación proyectiva entre terapeuta y paciente. La activación de la alianza de trabajo o terapéutica implica que se pasa gradualmente de la efectuar implícita del acuerdo de tratamiento, a su integración experiencial, vivencial, en un compromiso intersubjetivo paciente-terapeuta. En este marco definimos la motivación de tratamiento como la motivación de cambio que se activa en el paciente, en sus dimensiones cognitiva y emocional, caracterizada por la presencia de tres componentes:

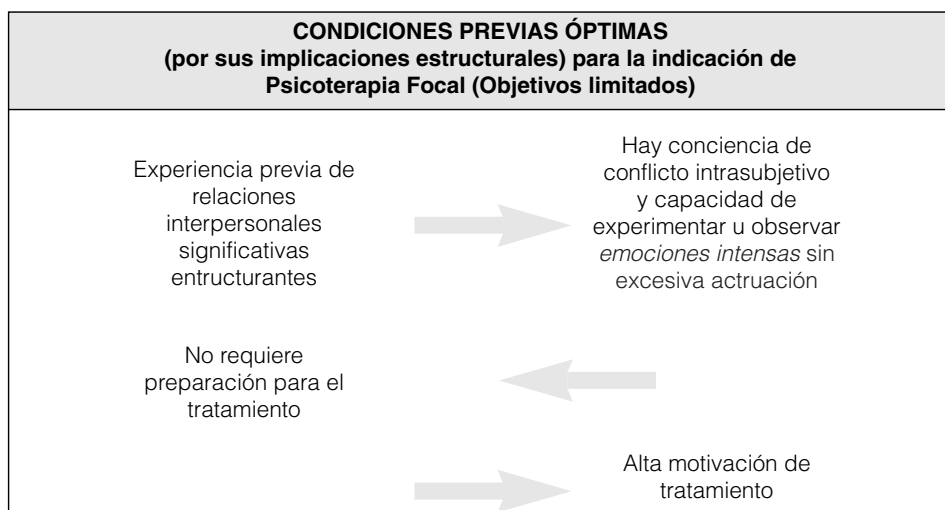
- el sujeto tiene cierto grado de reconocimiento de su necesidad de recibir ayuda, y por ello facilita que se le pueda prestar ayuda;
- el sujeto dispone de cierta categorización consciente (errónea, irracional o no) sobre su(s) problema(s);
- el sujeto tiene disponibilidad afectiva para recibir ayuda, derivada de vínculos precoces o precedentes al tratamiento que permiten que se de en cierto grado la confianza básica paciente-terapeuta para que el tratamiento sea posible.

Los sujetos que demandan tratamiento no necesariamente tienen activada su motivación de tratamiento, y por ello el terapeuta ha de ocuparse, a la vez que diagnostica la demanda y las capacidades estructurales del sujeto, de activar o facilitar dicha motivación de tratamiento. En los esquemas 8 y 9 se resumen las condiciones previas que se pueden considerar adecuadas para indicar un tratamiento de psicoterapia psicoanalítica o psicoanálisis. Estas condiciones, si no se poseen en grado suficiente dan lugar a que el terapeuta se plantee si un sujeto determinado es *analizable*. Valoración que podría dar lugar a una decisión dicotómica (es analizable / no es analizable) y de ahí el valor que se le ha venido dando tradicionalmente en el psicoanálisis a la evaluación diagnóstica previa. Pero también hemos de considerar si el sujeto es *accesible* o no al tratamiento, lo cual introduce la idea de que puede optarse por trabajar dicha accesibilidad, para hacer que un sujeto inicialmente no accesible al trabajo analítico, pueda beneficiarse de dicho proceso.

Esquema 8



Esquema 9



Los esquemas 8 y 9 muestran una comparación de condiciones adecuadas para acceder a la psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis con unas condiciones óptimas, que no requerirían preparación del paciente y que, en consecuencia, permitirían trabajar con los métodos más incisivos (y breves) de la psicoterapia focal (véase *Capítulo 10*). En cambio, como sucede con un gran número de demandas, las condiciones estructurales de los pacientes son más bien precarias, lo que se da en quienes han vivido en etapas críticas de su desarrollo estados carenciales que han generado trastornos por déficit (Killingmo, 1989), por lo que habitualmente no tienen conciencia de conflicto intrasubjetivo, atribuyen su sufrimiento al entorno interpersonal, y muestran una motivación de tratamiento muy débil e incluso inexistente. En dichos casos sólo suele estar indicada la psicoterapia de apoyo, que podría dar lugar, si tiene éxito, a que en una etapa posterior el sujeto alcance unas condiciones más favorables para el trabajo psicoterapéutico estándar.

2.4. El proceso psicoanalítico. Sus modelos. Sus fases

Establecer cual es el «proceso» de un tratamiento implica efectuar una distinción conceptual, pues nos interesa tanto su secuencia temporal con los fenómenos que caractericen las diferentes fases, como las técnicas utilizadas y los procesos estructurales implicados en que sea posible el cambio. Tenemos pues tres vertientes de estudio, la *observacional*, que intenta describir cómo es el proceder y suceder típico del tratamiento

(o macro-proceso, con sus fases y dimensiones); pero también las acciones y fenómenos que están presentes en alguna medida en todo el tratamiento (p.e. la transferencia, la resistencia, la interpretación, el insight, etc.), sin los cuales no puede entenderse el proceso a nivel estructural, ni pueden explicarse los cambios (cognitivos, emocionales, interpersonales) que pueden darse en el tratamiento. Estas facetas se concretan en una vertiente *teórico-técnica*, en la que se estudian los procedimientos técnicos e instrumentales que se utilizan en la psicoterapia (*véase el epígrafe siguiente*); y en otra vertiente inferencial y empírica que intenta dar cuenta de lo causal-explicativo del cambio por medio de la psicoterapia, es decir, qué «mecanismos» intervienen en la producción del cambio terapéutico.

El padre del psicoanálisis, Sigmund Freud, no estableció un modelo teórico del proceso analítico (Glover, 1955; Greenson, 1967; Etchegoyen, 1986), aunque se acercó a este objetivo a través de diversas metáforas y analogías. En primer lugar la analogía del ajedrez (Freud, 1912, 1913, 1937a, 1937b) en la que propone que el tratamiento tiene establecidas pautas de apertura y de terminación, pero no de desarrollo; la analogía del combate (Freud, 1912) en la que establece que todos los conflictos han de dirimirse (librarse el combate y resolverse) en el terreno de la transferencia; y finalmente la metáfora arqueológica (Freud, 1937a) por la que compara el trabajo del psicoanalista con el del arqueólogo que recompone, a partir de indicios y huellas, la historia pasada y sus estructuras. En Freud hay tres modelos implícitos sobre cómo se logra el cambio. El primero lo formuló y usó en la etapa fundacional del psicoanálisis (1886-1895) y podemos establecerlo en torno a la propuesta de «hacer consciente lo inconsciente». Primero mediante la hipnosis pre-analítica, y después con la ya propiamente analítica asociación libre, se logra una liberación de contenidos del inconsciente y de los afectos reprimidos asociados, que pasan a la conciencia e hipotéticamente dejan de determinar los síntomas. Este modelo fue juzgado insuficiente por el propio Freud, que en las décadas en las que elabora sus principales escritos técnicos (1900-1915) lo complementa con un modelo de «Traslaboración del conflicto». Lo que significa que en la situación analítica se activan fenómenos de transferencia y resistencia en torno a los conflictos, y que estos conflictos pueden ser interpretados y elaborados en sucesivas y repetidas ocasiones, hasta su resolución. A partir de 1920, Freud añadirá su famosa y controvertida frase «Donde había 'Ello' que haya 'Yo'» (Freud, 1920) que ha dado pie a dos líneas interpretativas: la que pone el énfasis en la reconstrucción del Yo y el ajuste de sus mecanismos de adaptación (desarrollada primero por la Psicología del Yo norteamericana, y posterior-

mente por la Psicología del Self), y la que propone facilitar la producción de subjetividad, el advenimiento del Sujeto (Lacan).

Después de Freud se han propuesto una variedad de modelos para teorizar, tanto el proceso analítico a nivel macro (o de perspectiva descriptiva global) como a nivel de modelo explicativo de los cambios que pueden alcanzarse (*véase los esquemas 10 y 11*). Una de las ideas que ha permanecido constante es la de trazar analogías entre la secuencia y procesos del desarrollo infantil y el «desarrollo» que puede darse por efecto del proceso analítico. Esta posición, basada en gran medida en M. Klein, ha sido defendida por J. Rivière y S. Isaacs (1936) y D. Meltzer (1967), pero también por autores como P. Fürstenau influidos también por la psicología del Self. La consideración del proceso analítico como «segunda oportunidad para el desarrollo», poniendo énfasis en los aspectos relacionales que se viven «aquí y ahora» en la relación terapéutica, es denominador común de autores como S. Ferenczi, M. Balint, R. Fairbairn, W. R. Bion, M. Mahler, J. Bowlby, D. W. Winnicott y H. Kohut.

Esquema 10

EL PROCESO ANALÍTICO como «Análogo del desarrollo infantil» [Activado mediante la Regresión y la interpretación transferencial]	
J. Rivière y S. Isaacs	Continuidad psicogenética de la posición esquizo-paranoide a la depresiva
D. Meltzer	Acceso a la posición depresiva y separación
P. Fürstenau	Proceso paralelo de actualización de las fijaciones y de reestructuración gradual del Sí mismo

Esquema 11

EL PROCESO ANALÍTICO como «Segunda Oportunidad» para el desarrollo [Reconstrucción-Restauración de los Déficits del Desarrollo en la relación terapéutica actual]	
S. Ferenczi	Técnica activa, mutualidad
M. Balint	Trabajo de la «Falta Básica»
W. R. Bion	Fundación de contención e integración del pensamiento
M. Mahler	De la Simbiosis a la Individuación
J. Bowlby	Del vínculo a Apego a la Autonomía
D. W. Winnicott	De la Dependencia a la independencia
H. Kohut	Restauración del Sí mismo en la Transferencia

A partir de 1980 se han incorporado, al escenario teórico-técnico del psicoanálisis, nuevos modelos, todavía en fase desarrollo. Los más importantes son los de la Teoría del Control-Dominio y del Plan Inconsciente de Curación de J. Weiss y H. Sampson (1986), el Modelo Focal-Estratégico (Thomä y Kächele, 1989), así como los modelos computacionales que intentan simular los procesos que se dan en el análisis mediante el comportamiento de dimensiones hipotéticas como la actividad referencial (Bucci, 1997b) o los ciclos de emoción-abstracción (Mergenthaler, 1996).

3. ELEMENTOS TÉCNICOS

3.1. Las técnicas de las que se diferencia la psicoterapia psicoanalítica

El psicoanálisis ha sido el catalizador principal de desarrollo de las técnicas que se utilizan en psicoterapia, tanto en la psicoanalítica como en otras vertientes, al estructurar nuevos procedimientos, pero también al contribuir a clarificar técnicas que son anteriores a su desarrollo o que proceden de otras tradiciones. Puesto que aquí nos interesa sólo lo relativo a la descripción de la técnica psicoanalítica, mencionaremos aquellas que están frecuentemente presentes en la psicoterapia psicoanalítica y

psicoanálisis, aunque se matice su utilidad o su interferencia. Nos referimos a la catarsis, la sugestión, la persuasión, los consejos e instrucciones, las preguntas, y la actividad del paciente a través del juego, la escena, el dibujo u otras tareas expresivas.

Freud contribuye a clarificar las diferencias entre estos métodos y el psicoanalítico (*Sobre psicoterapia*, 1905). El método catártico, usado por Breuer con Anna O., es fundamentalmente, como opina Erdelyi (1985), una técnica contraamnésica facilitadora de la recuperación para la conciencia de recuerdos inhibidos, así como de la descarga de emociones ligadas a ellos (abreacción). Podría concebirse como un tosco prototipo del psicoanálisis, dado que su objetivo es eliminar las vivencias traumáticas ocultas, olvidadas o reprimidas a través de la recuperación mnésica y de la abreacción. La catarsis, difiere de la sugestión hipnótica, en que ésta implica justo lo contrario, ya que la sugestión hipnótica trata de desactivar las causas que aparentemente originaron los síntomas, procurando que éstos se diluyan por la influencia cognitiva y afectiva que deriva de lo que acontece en la relación terapéutica. Así pues, la técnica analítica se propone como una evolución y superación del método catártico. De igual manera la técnica analítica va más allá de la mera sugestión (connotada emocionalmente), de la persuasión racional a través de la argumentación lógica, de la actividad «pedagógica» que aporta consejos e instrucciones para el aprendizaje y la práctica.

3.2. Los instrumentos específicos de la psicoterapia psicoanalítica

Los instrumentos técnicos propiamente analíticos fueron propuestos por Freud en sus primeros Escritos Técnicos (1911-1915) a través de un conjunto de instrucciones que son conocidas como «Reglas básicas». Se trata de la Regla de la Asociación Libre (Freud, 1924: Esquema del Psicoanálisis); la Regla de la Atención Flotante (Freud, 1912a: La dinámica de la transferencia); y la Regla de Abstinencia (Freud, *ibíd.*). Veamos cada una de ellas, y los conceptos y aspectos a ellas conexos.

El método de la *asociación libre* es una de las contribuciones originales del psicoanálisis (Freud, 1913, *La iniciación del tratamiento*), que es conocida como «la regla fundamental». Tras la habitual conversación clínica que tiene lugar en las primeras entrevistas en las que puede dominar el estilo interrogativo del analista-terapeuta sobre la producción verbal del paciente, en el psicoanálisis se invita a que el paciente deje fluir libremente sus asociaciones, verbalizando todas las *ocurrencias*, recuerdos, ideas que se le presenten sin poner restricción alguna. Todo puede

ser útil, aunque parezca inapropiado, banal, o desparejo con el hilo de la conversación, perteneciente al pasado, al presente o a expectativas de futuro, sea relato de experiencia vivida, sueño o fantasía. Debemos entender la asociación libre como un cambio de dirección en el estilo de verbalización del sujeto, que pasa de seguir unos patrones de conversación pautados por el estereotipo de la consulta médica (entrevista estructurada con objetivo de recabar información para el diagnóstico) a dejarse llevar progresivamente por la verbalización espontánea de sus pensamientos y ocurrencias. En este proceso se presentarán resistencias, que habrán de ser trabajadas con el paciente. Remarquemos que con el término «libre» se quiere decir «no excluir nada voluntaria y conscientemente de la comunicación» (*véase el cuadro 1*).

La «atención parejamente flotante» es un corolario de lo anterior, desde el lado del terapeuta. Es la actitud complementaria del analista con la escucha del paciente que asocia, donde no se presta especial mayor atención al hilo lógico del discurso o se da preferencia a unos temas sobre otros, sino que permanece a la escucha de los efectos del inconsciente sobre el lenguaje (p.e. lapsus) y toma toda la producción como digna de interés. Implica, como señaló Bion, desplegar una actitud «sin memoria ni deseo», no directiva, que no busca más finalidad que la apertura al descubrimiento del mundo subjetivo.

Cuadro 1. La Regla Fundamental del psicoanálisis. La tarea de «Asociación Libre»

Freud: «... cuénteme, por favor, lo que sepa de usted mismo. (...) su relato tiene que diferenciarse de la conversación ordinaria. Mientras que en ésta usted procura mantener el hilo de la trama mientras expone, y rechaza todas las ocurrencias perturbadoras y pensamiento colaterales, a fin de no irse por las ramas (...) debe proceder de otro modo (...) diga, pues, todo cuanto le pase por la mente. Compórtese como lo haría, por ejemplo, un viajero sentado en el tren al lado de la ventanilla que describiera para su vecino cómo cambia el paisaje ante su vista (...) no olvide nunca que ha prometido absoluta sinceridad, y nunca omita algo so pretexto de que por alguna razón le resulta desagradable comunicarlo (1913).

Glover: «Comuníqueme todo lo referente a sus sentimientos tal como surgen en sus pensamientos» (1955).

Schafer: «Yo espero que usted hable conmigo cada vez que venga. Al hablar va a notar que retiene algunas cosas (...) [ante las dificultades] ¿qué piensa usted a este respecto? ¿Con qué lo relaciona en este momento? Al pensar ahora en esto ¿en qué piensa a continuación? (1976).

La regla de abstinencia y la neutralidad analítica completan junto con la asociación libre y la atención flotante los elementos fundamentales del escenario del dispositivo técnico que facilita la activación de proceso analítico. La regla de abstinencia se refiere a que el terapeuta se atiene a su papel, un papel que ya viene limitado por la ética profesional en el que se abstiene de hacerse presente como persona real en la relación con el paciente. Así lo subraya Freud: («[el terapeuta] silencia sus afectos e incluso su compasión humana (...) esta frialdad de sentimientos que ha de exigirse al [terapeuta]» (Freud, 1913, *Consejos...*); es decir que el terapeuta procura no hacerse presente como persona que muestra o actúa sus sentimientos u opiniones, evitando además ofrecer al paciente satisfacciones sustitutivas de sus deseos y necesidades, así como dar consejos o mantener una actitud pedagógica. En su conjunto, la actitud analítica que ha de desplegar el terapeuta implica neutralidad respecto del material clínico y la finalidad del trabajo con el paciente, quien descubrirá por sí mismo la dirección de la cura analítica. Esto no quiere decir que el terapeuta sea realmente insensible o indiferente a los procesos del tratamiento, sino que ese es un campo de observación más, con el que habrá de trabajar al servicio del paciente. Esta actitud de neutralidad ha sido mitificada, y viene siendo objeto de críticas, sobre todo por los partidarios de un psicoanálisis relacional (Mitchell, Stolorow), donde el vínculo terapeuta-paciente es clave en el tratamiento.

Y una vez que ha sido definido un encuadre que propicia que sea posible la situación analítica, a través del despliegue de las reglas básicas, la tarea del terapeuta consiste en acompañar al paciente, facilitando su producción de material asociativo verbal con el que trabajar. Para ello dispone de algunas «herramientas»:

- las **preguntas** que incentivan la producción de nuevo material (sobre las diferentes áreas de la conducta, el recorrido biográfico, los síntomas, la experiencia de sí, etc.);
- los **señalamientos** que enfocan aspectos del material;
- las actividades de *clarificación*, mediante las que se examina el material desde sus diferentes aspectos e implicaciones, tanto en el nivel intrapsíquico como intersubjetivo, facilitando la comunicación de y con el paciente;
- la **confrontación**, en la que se llama la atención del paciente sobre aspectos o características y recurrencias del material, disfrazadas por las defensas, contradicciones entre lo verbal y no verbal, la conducta y la palabra, los conflictos y las defensas, los tiempos, las necesidades y deseos; y también,

- las **cuasi-interpretaciones**, como intervenciones que preparan la tarea interpretativa, y que implicarán que el paciente, con ayuda del terapeuta, está en condiciones de acceder a nuevos significados sobre la dimensión inconsciente de sus palabras y actos, formulada en términos de proposición del lenguaje, en el marco de la transferencia.

El concepto de interpretación, propiamente dicha, debe restringirse a la propuesta de nuevos significados, que implican una potencialidad transformadora para el sujeto que los encuentra. Strachey (1934) propuso el concepto de **interpretación mutativa** para referirse a una interpretación concreta y detallada, dosificada, que implica lo transferencial, y que se refiere al contenido o conflicto que es más sobresaliente en ese momento en el paciente. En la escena transferencial, el analista actúa como un super-yo auxiliar del paciente, al que éste dirige sus pulsiones, pero como el analista (si ocupa su posición de abstinencia) no se comportará como un «objeto interno» del paciente, esa diferencia permite que el paciente pueda comprobar la distinción entre el objeto real (el analista) y el objeto interno que está activo en el conflicto. Esta oportunidad que tiene el paciente de desconformar sus esquemas previos, es subrayada por la teoría del control-dominio (Weiss), quien defiende que el paciente pone a prueba en la relación con el terapeuta sus creencias patógenas, teniendo así la oportunidad de desconfirmarlas hasta que se sustituyen por nuevos esquemas. Una propiedad especialmente relevante de la interpretación es la *pertinencia*. Lowenstein (1958) señaló que hay que dar la interpretación en el momento justo, cuando el paciente está en condiciones de recibirla y usarla; pues una interpretación sólo es buena y útil cuando incrementa la comprensión y el contacto emocional del sujeto con su mundo interno (Farré, Hernández y Martínez, 1992).

Freud propuso en 1937 un concepto más amplio que el de interpretación: la **construcción**. Se trata de un sistema de significados ordenado por el terapeuta, que viene a hacer posible re-construir pensamiento simbólico allí donde las fallas estructurales no permiten que el paciente lo logre por sí mismo.

Bien por necesidades evolutivas (en el caso de los niños o adolescentes), o por perturbaciones graves del canal verbal en su dimensión simbólica (en el caso de los pacientes psicóticos o traumatizados), la verbalización no es la vía principal de expresión en ciertos sujetos. En estos casos, los instrumentos verbales típicos del análisis pueden ser complementados con la actividad del paciente a través del juego, la escena, el dibujo u otras tareas expresivas.

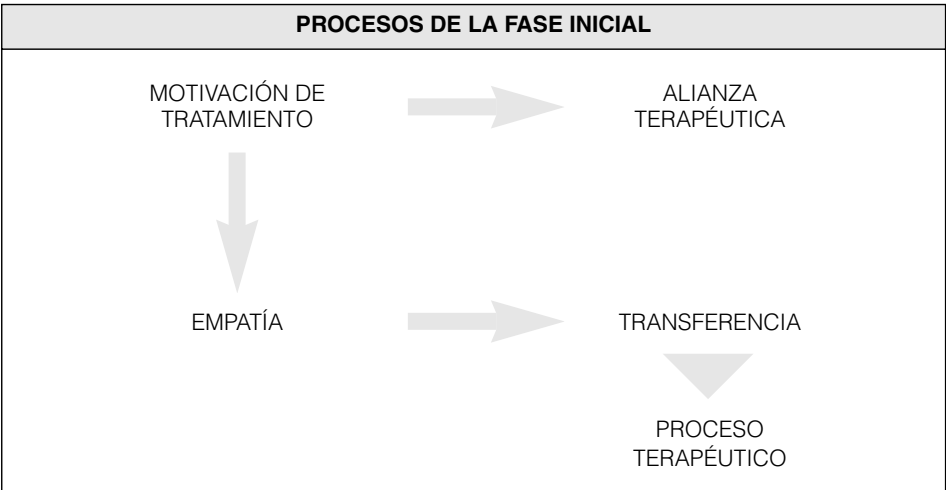
3.3. Fenómenos característicos de las fases inicial e intermedia del tratamiento. Transferencia, contratransferencia y resistencia

El tratamiento puede ser descrito en cuatro fases: inicial, intermedia, avanzada y final. Es pertinente hablar de fases en cuanto que hay fenómenos característicos de cada una de ellas, al tiempo que permiten una presentación más didáctica de la secuencia que más probablemente puede esperarse en un tratamiento de psicoterapia psicoanalítica estándar, el cual no obedece a una planificación claramente definida. Desde nuestro punto de vista no puede establecerse un «Manual de tratamiento» en el que figure punto por punto los pasos a dar, aunque sí es posible exponer los lineamientos estratégicos principales, a la par que dar cuenta de la importancia de ciertos fenómenos que probablemente el terapeuta va a tener que enfrentar y resolver en el curso de su acción.

Ya hemos tomado contacto con la problemática de la fase inicial del tratamiento (*véase el esquema 5*) al hablar de la demanda. La fase inicial es un período que comprende el primer período de entrevistas; es decir, desde que se inician los contactos clínicos que darán lugar al tratamiento, hasta que terapeuta y paciente perciben que están ya de hecho trabajando conjuntamente mediante una interdeterminación de procesos de alianza de trabajo y transferencia, que permite valorar que el proceso terapéutico que conducirá potencialmente al cambio se ha activado. Su duración es idealmente breve, puesto que es obvio el interés de que se logre cuanto antes este clima de trabajo positivo para el cambio. Su extensión temporal real varía caso a caso, y no es infrecuente que sea complejo y costoso gestionar que la motivación de tratamiento se active. Por ejemplo en todos aquellos casos en que ha de darse prioridad a conseguir que el sujeto sea accesible al tratamiento, venciendo las resistencias al cambio asociadas a beneficios secundarios o a ansiedades más primitivas, como la de desorganización. Los esquemas 12 y 13 recogen la secuencia de procesos y fenómenos típicos de esta fase. Ya descritos los conceptos de alianza terapéutica y motivación de tratamiento, nos toca abordar ahora los conceptos de transferencia, contratransferencia y resistencia.

El fenómeno de la transferencia fue claramente descrito por Freud en «La dinámica de la transferencia» (1912a), así como en trabajos posteriores (Freud, 1913, 1915a). La transferencia es un fenómeno natural en todas las relaciones humanas, especialmente en las que comportan cierta asimetría funcional o de rol (Ferenczi, 1909). En la transferencia los deseos inconscientes relativos a otras relaciones u objetos pasadas o

Esquema 12



Esquema 13

FENÓMENOS DE LA FASE INICIAL	
Encuadre formal	Conjunto de reglas y condiciones formuladas explícita e implícitamente
Acuerdo terapéutico	Su aceptación consciente y explícita
Alianza de trabajo + Transferencia	Su efectuación implícita, de lo racional a su integración vivencial con el trabajo del conflicto • Dependiente-Contenedora • Icónica
= Proceso Terapéutico activado	

actuales se repiten en el marco de una relación actual, especialmente en la relación terapéutica y con la persona del terapeuta o analista. Melanie Klein matizó el concepto concibiendo la transferencia como una nueva puesta en escena de la totalidad de los fantasmas inconscientes del paciente (expresión de lo pulsional y de las defensas mentales contra la realidad ambiental).

Freud detectó este fenómeno en el caso Dora (1905), si bien no lo desarrolló como concepto hasta 1912. Categorizó la transferencia en

positiva y en negativa, y subdividió la primera en una parte consciente, o fácilmente accesible a la conciencia, integrada por sentimientos positivos, tiernos y amistosos (comunicación basada en la empatía, simpatía, interés, voluntad de colaboración, integrantes de la alianza terapéutica), y, por otro lado, una parte inconsciente, de naturaleza sexual, origen de importantes resistencias por los conflictos que implica tanto en su origen como en su imposible satisfacción actual. En cuanto a la transferencia negativa, igualmente inconsciente, acogía actitudes de tipo hostil, siendo también fuente de duras resistencias. Con posterioridad, Freud (1915) se ocupó de la transferencia erótica con mayor detalle, aquella en la que el paciente convierte al terapeuta en objeto amoroso, buscando la satisfacción real de su proyección transferencial. Autores postfreudianos hablan de una erotización generalizada de la transferencia (Greenson, 1967), con intensos procesos de apego y dependencia ambivalente, que obviamente no son objeto de satisfacción real, sino solo de oportunidad de observación e interpretación de su dimensión inconsciente. Estos fenómenos fijaron la atención de Freud sobre la contratransferencia, y sobre la necesidad de seguir las reglas de la neutralidad por parte del analista y de la abstinencia por éste y el analizado. Para no contaminar los fenómenos transferenciales con las conflictivas inconscientes del terapeuta ni con hechos procedentes del presente (Freud, 1912a, 1913). Modell (1984) ha contribuido a clarificar los distintos niveles de la transferencia (*véase el esquema 14*), distinguiendo entre una **transferencia dependiente** y

Esquema 14

DOS TIPOS DE TRANSFERENCIA EN EL PROCESO ANALÍTICO (según Modell)	
Transferencia Dependiente/Contenedora	Transferencia Icónica (Neurosis de transferencia)
Continuamente presente (desde el inicio del tratamiento)	Se da en episodios concretos, o puede estar ausente
Se da actualización simbólica en el presente de conflictos del desarrollo	No se da esa actualización simbólica de conflictos del desarrollo
No se re-crean las imagos de la familia nuclear (Figuras del conflicto edípico)	Se re-crean las imagos de la familia nuclear (edípicas) y se transfieren en el análisis
La interpretación putativa resalta y fortalece la transferencia dependiente	La interpretación putativa la resuelve y disminuye la transferencia icónica

una **transferencia icónica**; la primera de origen más temprano en la que se reproducen o transfieren características de los patrones vinculares de crianza, las relaciones de dependencia para el crecimiento, los procesos de apego característicos del desarrollo infantil (con sus aspectos potencialmente fusionales o perversos). La segunda, la *transferencia icónica* (es decir, la descrita por Freud) es en la que se reviven en el presente del tratamiento conflictos con figuras significativas del pasado o presente vincular del paciente. La transferencia es el «caldo de cultivo» (que Freud llamó *neurosis de transferencia*) que permite que se reproduzcan los conflictos (p. ej., el conflicto edípico) y pueda operarse con ellos (combatirlos, en expresión de Freud, 1912a). En este caldo de cultivo tendrán lugar los mecanismos y procesos que conducen al cambio en los esquemas emocionales, cognitivos o interpersonales.

El fenómeno de la contratransferencia se refiere al conjunto de manifestaciones del inconsciente del analista-terapeuta, relacionadas con las manifestaciones de transferencia del paciente. Se trata de un proceso que enunció por primera vez Sándor Ferenczi en 1908, y recogido por Freud. Este concepto ha evolucionado desde ser considerado un obstáculo a erradicar o controlar (S. Freud), a ser considerado esencialmente valioso para el trabajo terapéutico (S. Ferenczi, M. Balint, P. Heimann, D.W. Winnicott, M. Khan, M. Little, H. Searles). En la contratransferencia encontramos un conjunto de distorsiones cognitivas y procesos emocionales que se activan en el terapeuta como consecuencia de la influencia de la relación con el paciente. Esto provoca una movilización tanto de aspectos sanos como patológicos en el propio terapeuta. Ha de distinguirse entre un **área útil de la contratransferencia** (aquella que permite conocer ciertos fenómenos en la relación, así como el establecimiento de una comunicación más profunda con el paciente por medio de la identificación y contra-identificación proyectiva) y un área de conflicto. El área de conflicto de la contratransferencia impide el conocimiento, pues lleva al terapeuta a desplegar, sin control, procesos propios en la relación con el paciente. La supervisión y el propio análisis del terapeuta, son herramientas para conocer y controlar estos procesos contratransferenciales. Actualmente se considera que el **uso activo de la contratransferencia al servicio del tratamiento** es uno de los ejes estratégicos sobre los que pivota la psicoterapia psicoanalítica (Aburto et al., 1999).

Entre los principales fenómenos que hacen acto de presencia en las primeras fases del tratamiento, nos queda mencionar la *resistencia*, o conjunto de reacciones del paciente que obstaculizan el desarrollo del tratamiento. La resistencia puede derivar de:

- las defensas (p. ej., de la represión, la negación);

- la resistencia al cambio (por efecto de los beneficios secundarios de los síntomas o trastornos);
- la amenaza al equilibrio de la identidad en su adaptación patológica;
- la transferencia que fuerza a repetir patrones de comportamiento, escenas y vínculos;
- y se suscitan también ante el cambio cognitivo que propone la interpretación, o ante las incomodidades o esfuerzos que exige el tratamiento.

Como con la transferencia y la contratransferencia, el papel del terapeuta consiste en gestionar y resolver las resistencias (las aisladas, pero sobre todo los «focos» de resistencia que se van presentando), facilitando la continuación del trabajo. Cuando la resistencia es un fenómeno generalizado que impide el trabajo terapéutico suele ser expresión de un trastorno grave de la personalidad (p. ej., el narcisismo patológico), que en ocasiones hace inviable el tratamiento convencional.

3.4. Fenómenos característicos de las fases avanzada y final del tratamiento

Durante la fase intermedia, y en la avanzada, el proceso más característico del tratamiento es la **traslaboración**, o secuencia reiterada una y otra vez de la aparición de una mezcla de material inconsciente y comportamientos actuales, en el marco de la transferencia, que son objeto de confrontación, clarificación e interpretación, seguida de la experiencia de *insight* o toma de conciencia de significados, a nivel tanto de su dimensión cognitiva (como nuevo pensamiento, nuevas creencias, fantasía) como emocional (como nueva experiencia vivida).

El *insight* propicia las condiciones para una modificación estructural de los esquemas emocionales, cognitivos e interpersonales. Es importante subrayar las dos facetas del insight, ya que además de inseparables, ambas son necesarias para el cambio. Esta elaboración repetida (Freud, 1914b: *Recordar, Repetir, Elaborar*) es necesaria no solo por la presencia de los fenómenos de resistencia que pueden dificultar el cambio, sino como experiencia de aprendizaje repetido del paciente, de puesta en práctica —en la relación terapéutica y generalizado a otras relaciones— de nuevas formas de enfrentar y resolver conflictos, de estar con los demás y ser uno mismo.

Aunque observables en todas las fases del tratamiento, hay ciertos conceptos más asociados a momentos de especial trascendencia. Mencionaremos algunos de ellos: *Acting out*; *Reacción terapéutica negativa*; *Impasse*.

La expresión inglesa ***acting out*** (paso al acto, a la acción), se ha incorporado al lenguaje universal de los conceptos psicoterapéuticos para describir una actuación no consciente del paciente determinada por el proceso analítico que tiene lugar fuera de los límites del encuadre, o desplazada desde el marco del tratamiento al escenario de la vida y las relaciones del paciente, con los riesgos que ello comporta. El *acting out* es inevitable, pero requiere ser interpretado y puesto bajo control consciente del paciente, así como reconducido al análisis de la transferencia. En torno a este fenómeno, cabría hablar de *Acting out* del terapeuta cuando se dan fenómenos de resonancia contratransferencial en los que el terapeuta actúa sin control sus propios conflictos o «puntos ciegos», lo cual —a veces también inevitable— ha de ser detectado precozmente y resuelto con ayuda de la supervisión del análisis del terapeuta.

La ***reacción terapéutica negativa*** es otro fenómeno de especial interés. Freud llamó la atención (1923) sobre el efecto pernicioso sobre el tratamiento de un «sentido inconsciente de culpa» que como conflicto arcaico boicotea los esfuerzos de cambio actual, e incluso puede implicar que un tratamiento que evoluciona muy favorablemente se estanque e invierta su tendencia. Es una especie de reacción paradójica, en la que tras lograr los cambios esperados, el proceso se invierte, como una reacción de miedo ante el éxito, que se transforma en fracaso. Es importante detectar precozmente este fenómeno, de más probable aparición en patologías narcisistas, en las que la envidia y el falso Self hayan adquirido una excesiva importancia en el funcionamiento del paciente, también en estructuras de carácter patológicas como el masoquismo, y cuadros dependientes y depresivos graves.

El ***impasse*** es otro de los fenómenos característicos de la fase avanzada que implica una detención insidiosa del proceso terapéutico, un estancamiento crónico, que tiende a perpetuarse como una situación de falta de sintonía entre paciente y terapeuta: para el paciente todo está bien en el tratamiento, para el terapeuta es clara la sensación de estancamiento, de que no se logra avanzar más allá.

Y finalmente hablaremos de la ***ansiedad de separación***. Desde el principio del tratamiento está presente la ansiedad de separación, puesto que el tratamiento sufre continuas interrupciones, y está acompañado por el fantasma de la fragilidad del nuevo vínculo, cuya consistencia se nece-

sita comprobar. Esto implica que habremos tenido muchas oportunidades desde la fase inicial hasta este momento avanzado de observar la dinámica de la ansiedad de separación en el paciente, su intensidad, y los recursos del paciente para enfrentarla, algunos de los cuales se habrán construido en el marco del propio tratamiento. Pero indudablemente el momento más crítico es cuando el paciente empieza a vislumbrar que el tratamiento está avanzado, y que habrá una terminación. Este fenómeno se conoce como ansiedad de terminación, la cual está asociada a algunos fenómenos característicos, como la huida del paciente para evitar tener que enfrentar la separación, y los ya descritos de reacción terapéutica negativa e impasse.

La principal consideración que tenemos que hacer sobre este momento es subrayar la importancia de gestionarlo adecuadamente, dando oportunidades suficientes para la elaboración de los fenómenos emocionales, cognitivos e interpersonales que va a provocar. En la medida en que en abordar la separación de un vínculo significativo —y el vínculo terapéutico siempre lo es— se ponen en juego los mecanismos de madurez y los recursos adaptativos del paciente para reconstruir su entorno relacional simbólico y usar su autonomía. Esta reconstrucción se basa, tanto en la experiencia de las separaciones anteriores (de los procesos de apego infantil, de otros vínculos significativos), como en los recursos adquiridos en el tratamiento. Es por tanto tarea del tratamiento capacitar al sujeto para enfrentar ésta y otras separaciones, poniendo a prueba y gestionando su autonomía y/oica. El proceso terapéutico puede ser descrito (Winnicott, véase *Capítulo 6*) como un proceso de evolución y aprendizaje desde la dependencia a la autonomía, y el logro de ésta en un nivel funcional suficiente es criterio esencial de éxito.

La cuestión esencial es el cuándo, por qué y para qué de la terminación (Freud, 1937a, *Análisis Terminado. Análisis Interminable*). Por una parte el análisis no tiene fin, más que el que quiera ponerse. Por otro, hemos de vincular este tema a los criterios de salud subjetivos y sociales, así como a la necesidad de la terminación si nos comprometemos con un sujeto agente de sí mismo. Un tema abierto a la discusión técnica y ética, sobre el que invitamos a revisar las lecturas indicadas.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Psicoterapia psicoanalítica es un término que abarca un amplio número de prácticas. Hemos iniciado nuestra explicación intentando situar algunas matizaciones conceptuales que marcan diferencias entre el ámbito del psicoanálisis propiamente dicho y de la psicoterapia psicoanalítica. Puesto que solo raramente la demanda clínica llegará con un alto grado de esclarecimiento previo que permita resolver de entrada esa distinción, normalmente será el clínico quien habrá de valorar las necesidades y posibilidades de la persona que consulta. En toda consulta clínica hay una parte (habitualmente la esencial) de demanda de ayuda terapéutica para resolver estados de sufrimiento psíquico o somático, pero también de interrogación sobre la subjetividad, frecuentemente enmascarada por los síntomas. Los recursos que el clínico podrá ofrecer, dependerán del entorno en el que trabaje (institucional-público, privado, tratamiento voluntario o indicado, ambulatorio o en situación de ingreso, etc.) y de las capacidades del paciente para aprovechar esos recursos. En el marco teórico que nos ocupa en este libro, nos preocupamos por dar al sujeto humano una respuesta clínica que concilia la atención a sus necesidades clínicas revestidas de urgencia, con la estimulación del proceso de subjetivación, que le ayude a (re)construirse como sujeto de sus propios procesos. La psicoterapia psicoanalítica ofrece una opción que recorre ambos caminos: ofrece un encuadre que permite enfrentar diferentes finalidades, y promueve una situación especial que facilita la activación del proceso analítico. Un proceso al servicio del cambio tanto estructural como en consecuencia sintomático, pero prestando especial atención a los aspectos relativos a la adaptación activa y funcional del sujeto a su realidad, y como estrategia de intervención psicológica que potencia a la vez el crecimiento personal del sujeto, y sus capacidades de transformación de sus entornos.

Hay en la psicoterapia psicoanalítica diferentes lineamientos estratégicos, que permiten adecuarla a los diferentes estados y etapas de los pacientes. Hablamos de una orientación estratégica hacia la patología del déficit cuando entendemos que es necesario, en primer lugar, restaurar o instalar capacidades para que el proceso normal de desarrollo continúe. Esta circunstancia, la encontraremos en las personas que han vivido situaciones carenciales importantes en su desarrollo temprano o que han atravesado situaciones traumáticas de especial impacto. La adquisición de capacidades funcionales fundamentales antecede así al trabajo con la psicopatología que deriva de los conflictos, y que se expresa habitualmente como conflictiva neurótica. Situaciones clínicas especiales como las que implican los trastornos psicosomáticos graves, los trastor-

nos graves de la personalidad, o las perversiones, requieren también respuestas terapéuticas especiales, que no pueden ser descritas en este nivel elemental de abordaje técnico, pero que marcan áreas de desarrollo específico de la psicoterapia psicoanalítica.

Ni que decir tiene que trabajar con niños y adolescentes marca un ámbito bien diferenciado en cuanto a las técnicas, que incluirán abundantes soportes expresivos en el plano de la acción, el dibujo, el juego. E igualmente en el ámbito de la rehabilitación de los trastornos y estados conocidos como psicóticos. Para todo ello remitimos a las lecturas y a los niveles más especializados, ya que en esta obra solo entraremos ahora en los modelos de psicoterapia focal, y en la terapia de pareja y familia.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA Y LECTURAS RECOMENDADAS

ABURTO, M., ÁVILA, A. *et al.* (Colectivo GRITA) (1999). La subjetividad en la técnica analítica. *Intersubjetivo*, 1(1), 7-55.

Esta lectura permite conocer una perspectiva global de las diferentes concepciones de la psicoterapia psicoanalítica, y del papel del psicoterapeuta y del uso de su propia subjetividad al servicio del cambio en el paciente.

ÁVILA, A. (2001). Reglas, vectores y funciones del encuadre. Su papel generador del proceso analítico. *Intersubjetivo*, 3(1), 29-42.

Esta lectura revisa el marco técnico del tratamiento, abordando la función que cumple el encuadre en la configuración de la situación analítica y el despliegue del proceso terapéutico.

FREUD, S. (1915a (1914)). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III). En *Obras Completas*, A. E., Tomo XII (pp. 1159-1174). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Uno de los textos básicos para conocer la teoría de la transferencia, uno de los conceptos claves de la psicoterapia psicoanalítica.

FREUD, S. (1937). Construcciones en el análisis. En *Obras Completas* A. E., Tomo XXIII (pp. 255-270). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Otro texto básico, para comprender el tipo de trabajo que realiza el terapeuta en el proceso analítico.

SANDLER, J., DARE, CH. y HOLDER, A. (1993). *El paciente y el Analista*, Barcelona: Paidós.

Un texto clásico y a la vez sencillo y breve, que describe documentadamente todos los conceptos técnicos que han sido introducidos en este capítulo.

ACTIVIDADES

1. Plantéese la cuestión de los fines y finalización del tratamiento. Realice la lectura del siguiente texto, y proponga varios ejemplos de diferentes finalidades del tratamiento para el psicoanálisis, y los criterios que pueden usarse para dar un tratamiento por terminado.

FREUD, S. (1937). Análisis terminable e interminable. *Obras Completas*. Tomo XXIII (211-254). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.

2. Considere la idoneidad de un encuadre o contrato de tratamiento determinado, comparándolo con las reglas, vectores y funciones del encuadre en psicoterapia psicoanalítica: Examine el ejemplo que se cita, y compárelo con las reflexiones que se desprenden de la lectura indicada.

Ejemplo:

Una mujer de 45 años acude con 20 minutos de retraso a la primera consulta y plantea que su problema principal es que llega tarde a todas partes. Ha perdido trabajos, parejas e incluso ha tenido que finalizar anteriores psicoterapias de diferentes orientaciones (conductual, racional-emotiva) porque los terapeutas le han indicado que tiene que atenerse a las normas. El último empleo que tuvo que abandonar era de traductora en un organismo europeo, a consecuencia de ello tuvo que abandonar su apartamento y volver a vivir con los padres. En sesiones posteriores llega tarde, nunca menos de 10 minutos, se asoma a la consulta aún habiendo otro paciente ya en sesión, espera al terapeuta en los pasillos y ruega con insistencia ser atendida, aunque sea unos minutos.

Lectura de referencia:

ÁVILA, A. (2001). Reglas, vectores y funciones del encuadre. Su papel generador del proceso analítico. *Intersubjetivo*, 3(1), 29-42.

3. Conocer más en profundidad un modelo de proceso psicoanalítico que implica una concepción psicoterapéutica. Para ello lea la siguiente referencia, y realice posteriormente un comentario de las fases del proceso implicadas.

Lectura de referencia:

THOMÄ, H. y KÄCHELE, H. (1989). El proceso psicoanalítico. En *Teoría y práctica del psicoanálisis: I. Fundamentos* (pp. 385-408). Barcelona: Herder. [Original de 1985]

4. Lea la siguiente ilustración clínica, e identifique y comente fenómenos de posible transferencia (y contratransferencia) que pueden estar implicadas en la misma.

Relato:

Lucía, paciente de 25 años, filóloga, consulta por depresión, que padece con desigual intensidad desde adolescente. Tiene un hermano dos años mayor que ella. Lleva en psicoterapia individual y de grupo, de orientación psicoanalítica, durante un año. Aparece como una personalidad acusadamente obsesiva, con inhibición completa de la agresión. Prácticamente nunca discute sino que evita las situaciones propicias a ello; por ejemplo, en una discusión de tráfico en la que sentía que llevaba «toda la razón» se limitó a decirle tímidamente al otro conductor que si no había visto la señal de ceda el paso. Relata las alusiones indirectas del padre sobre ella, minusvalorando los estudios que ella ha realizado – el padre y el hermano son ingenieros, la madre es físico, también critica el trabajo que realiza: los primeros seis meses la paciente hacía traducciones de español al inglés para varias empresas, de forma autónoma, con unos ingresos escasos e irregulares. Exhibe preocupaciones hipocondríacas, y en las sesiones individuales se sitúa cara a cara «porque no soportaría tumbarse donde lo hacen otras personas». Rechazo del cuerpo, se menosprecia debido a una obesidad leve (al comienzo de la terapia algo más acusada), que no le permite bañarse en la playa o tomar el sol para no mostrarse en bañador, siendo, por otra parte, una mujer que podría ser bastante atractiva. Ha tenido pocas parejas, en parte por su timidez, pero también porque rechaza el contacto físico y teme desproporcionadamente las enfermedades de transmisión sexual. Al cabo del año de tratamiento ha mejorado claramente su estado de ánimo, ha logrado un trabajo más apreciado en una editorial de libros de arte pero, tiene una preocupación constante por si se equivoca al corregir las traducciones que repasa una y otra vez. Al obtener este trabajo la madre deja de costearle las sesiones y es ella la que tiene que pagárselas, cosa que le está resultando muy onerosa. El padre le dice que la psicoterapia no es nada serio y que si necesita ayuda que consulte a un psiquiatra —el padre ha tenido varios tratamientos psiquiátricos, también por depresión— que con lo que gasta en el psicólogo se podría financiar un master.

En las últimas sesiones Lucía pregunta en qué consisten las crisis de fobia y las crisis de angustia, que ya lo ha buscado en un diccionario pero no se queda satisfecha. Le pregunto si siente angustia últimamente y responde que no, que hace años si tuvo, y entonces le explico someramente lo que quieren decir esos términos. A las dos semanas falta a la sesión de grupo; la madre ha llamado para avisar de que la paciente ha tenido que acudir a un servicio de urgencias por una crisis de angustia. Acude a la sesión individual, dos días más tarde, muy decaída, se queja de que «yo no la llamé por teléfono dos días antes, y de que no adiviné el estado en

que se encontraba». Dice que se encuentra mal y quiere estar unos días sin venir a la terapia. Durante la sesión tiene un lapsus, para significar que se siente atrapada quiere decir «atrapamiento» pero dice «atracamiento».

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

1. En la psicoterapia psicoanalítica, a diferencia del psicoanálisis estándar:
 - a) Sólo se trabaja preferentemente, la transferencia.
 - b) Habrá que aceptar una serie de limitaciones: del material psíquico a investigar; del foco más idóneo en cada fase del tratamiento; y de los objetivos a alcanzar.
 - c) Las sesiones son dos por semana.
2. Entre las reglas y condiciones que contiene el encuadre está:
 - a) La estabilidad y continuidad temporal, la abstinencia, la tarea analítica.
 - b) La constancia espacial, la planificación del tratamiento, los honorarios.
 - c) La función de ley, la auto-observación, y el control de la contra-transferencia.
3. La motivación de tratamiento:
 - a) Es una condición previa para que sea posible el trabajo psicoterapéutico.
 - b) Se da por supuesta en los pacientes neuróticos, pero ha de facilitarse en los psicóticos y los adolescentes.
 - c) No es necesariamente una pre-condición, y el terapeuta ha de ocuparse de facilitarla o activarla, si es necesario.
4. El proceso psicoanalítico que se activa en la psicoterapia puede ser considerado como:
 - a) Una segunda oportunidad que tiene el paciente para su desarrollo emocional y relacional.
 - b) Una secuencia de fases que estructuran la tendencia del cambio.
 - c) Un ciclo de fenómenos caracterizado por la transferencia y la interpretación.
5. Las «reglas básicas» del tratamiento psicoanalítico son las siguientes:
 - a) Asociación libre; Atención Flotante; Fantasía.

- b)* Asociación libre; Atención Flotante; Abstinencia.
 - c)* Neutralidad analítica; Encuadre; Interpretación.
6. Modell distingue entre dos tipos de transferencia:
- a)* Transferencia positiva y Transferencia negativa.
 - b)* Transferencia erótica y Transferencia erotizada.
 - c)* Transferencia dependiente y Transferencia icónica.
7. La ansiedad de separación es un fenómeno importante en el proceso terapéutico, que:
- a)* Está presente a lo largo de todo el tratamiento, como nuevo vínculo se necesita comprobar constantemente su consistencia.
 - b)* Se activa en la fase de terminación del tratamiento.
 - c)* Se activa cuando el paciente tiene que tomar decisiones que implican separarse de otras relaciones.

RESPUESTAS CORRECTAS:

1. *b)* 2. *a)* 3. *c)* 4. *a)* 5. *b)* 6. *c)* 7. *a)*

Capítulo 10

Terapia psicodinámica focal y estratégica. Objetivos, técnicas y aplicaciones

Gerardo Gutiérrez Sánchez y Alejandro Ávila Espada

Guión-Esquema

Objetivos

1. Introducción: orígenes de la psicoterapia breve, focal y estratégica
 - 1.1. La búsqueda de brevedad
 - 1.2. La necesidad de planificación
 - 1.3. El descubrimiento de la focalización como técnica eficaz
2. El concepto de foco
 - 2.1. El foco temático
 - 2.2. El foco estratégico u operativo
 - 2.3. Foco descriptivo de situación
3. Método y técnicas de la psicoterapia focal y breve
4. Objetivos de la psicoterapia focal
 - 4.1. Los objetivos terapéuticos particulares
 - 4.2. Los efectos de la psicoterapia focal
5. El tiempo en psicoterapia focal: lo breve
6. Aplicaciones
 - 6.1. Selección de pacientes
 - 6.2. Las contraindicaciones
7. Evaluación de la psicoterapia focal

Resumen y conclusiones

Bibliografía básica y Lecturas recomendadas

Actividades

Ejercicios de autoevaluación

Palabras clave

Psicoterapia focal, Psicoterapia estratégica, Psicoterapia breve, Psicoterapia de objetivos limitados, Foco.

GUIÓN-ESQUEMA

En este capítulo vamos a restringir la especificidad de la psicoterapia psicoanalítica que hemos descrito en el capítulo anterior. Aquí se trata de restringir los objetivos a aquellos que presentan más urgencia o centralidad para el paciente, de planificar las fases y estrategias del tratamiento, para una mayor eficiencia, y como consecuencia de lo anterior, lograr una intervención que habitualmente será más breve. Más que definirla por su brevedad, que es un mero efecto de la estrategia utilizada, se aceptan restricciones estratégicas en función de las necesidades o condiciones del paciente, o del contexto en el que se lleva a cabo el tratamiento.

En un primer apartado se pasa revista a cómo surge la preocupación por el tiempo en la psicoterapia, a la vez que ha de incidirse en casos en los que el papel del trauma real en sus vidas determina sus posibilidades de desarrollo, o la eficacia del tratamiento que se lleva a cabo. Surge así una necesidad de planificación para atender de manera más eficiente la casuística inadecuada para una psicoterapia prolongada y profunda.

Como aglutinante de esta perspectiva surge un concepto principal: el foco, núcleo de la acción estratégica de la psicoterapia planificada, que puede a su vez ser categorizado y estudiado desde tres vertientes: el foco temático, el foco estratégico u operativo, y el foco descriptivo de situación. Las tres vertientes del foco son complementarias, aunque unos autores hayan incidido selectivamente más en unas que en otras.

En el capítulo anterior se han descrito las generalidades de las herramientas técnicas de la psicoterapia psicoanalítica, y de las características de su proceso terapéutico; ahora nos centraremos en los conceptos técnicos de esta opción:

- establecimiento del foco, explícita o implícitamente negociado;
- acuerdo acerca de los objetivos;
- establecimiento de un límite temporal y/o manejo de la frecuencia y de las interrupciones;
- confrontación inmediata y sistemática con las resistencias;
- establecimiento precoz de la alianza terapéutica;
- manipulación de la transferencia en el sentido de propiciar experiencias emocionales correctoras; y finalmente,
- activación de los procesos de separación e individuación, en lucha contra la dependencia y el sometimiento.

Tras señalar cuales son los objetivos particulares de la psicoterapia focal, se pasará revista a los principales efectos que provoca en el paciente: un proceso de autoexamen, evaluación y toma de perspectiva respecto a la propia

conducta; la discriminación y comprensión de los propios impulsos (aunque sea parcial) tiene una influencia positiva sobre el sujeto; el poner en palabras el mundo emocional le procura importantes consecuencias dinámicas. Cambios positivos que, paralelamente al tratamiento, el paciente va introduciendo en la organización de su vida diaria, motivándole por retroalimentación, así como la elaboración de alguna imagen constructiva de futuro, y la experiencia de algunos pasos dados en esa dirección, p.e. modificaciones en el ambiente familiar por acciones propias, directas o indirectas.

Tras clarificar qué significados tiene el tiempo para la subjetividad, se describe el modelo de Mann que restringe por definición el tiempo a 12 sesiones, y se comentan los procesos de cada secuencia. Finalmente se describe cómo seleccionar mejor a los pacientes para que se aprovechen de estos tratamientos, principalmente mediante exploraciones diagnósticas previas. Igualmente se señalan posibles contraindicaciones. Finalmente, se subraya el valor de la psicoterapia focal, en función de los resultados de investigación.

OBJETIVOS

Al finalizar el estudio de este capítulo, el lector/a debería ser capaz de:

1. Comprender cómo surge la preocupación por la brevedad de la psicoterapia, distinguiendo entre lo que es psicoterapia planificada, focal, de objetivos limitados, de duración definida, y breve.
2. Conocer y aplicar el concepto de Foco. Comprender su centralidad técnica en esta modalidad de psicoterapia.
3. Identificar cuáles son las herramientas técnicas más habituales en la psicoterapia focal, y compararlas con las de la psicoterapia psicoanalítica convencional.
4. Distinguir los objetivos específicos de la psicoterapia focal e identificar sus efectos principales y más frecuentes.
5. Comprender y aplicar el significado del tiempo para el hombre y sus implicaciones para la psicoterapia. Conocer cuáles son las fases y características de una psicoterapia predefinida como breve.
6. Conocer cómo se seleccionan los pacientes adecuados para este tipo de tratamiento, y las contraindicaciones posibles.
7. Finalmente, acceder a una panorámica de conclusiones sobre la evaluación de la psicoterapia focal.

1. INTRODUCCIÓN: ORÍGENES DE LA PSICOTERAPIA BREVE, FOCAL Y ESTRATÉGICA

Con frecuencia encontraremos en la literatura sobre psicoterapia la denominación de una variante: la **psicoterapia breve**. Esta denominación es muy amplia, engloba muchos tipos diferentes de psicoterapia, y se suele utilizar en forma bastante genérica, como equivalente de **psicoterapia focal** y **psicoterapia de objetivos limitados**. Verdaderamente son ámbitos diferentes: la primera acepción alude al tiempo, la segunda al objeto sobre el que se trabaja y, la tercera, a los objetivos que se pretenden alcanzar; pero es cierto que los tres aspectos suelen coincidir. La psicoterapia breve se vale de la focalización y la limitación de objetivos para poder limitar el tiempo, y así, recíprocamente. Esta aclaración es necesaria porque obras fundamentales sobre el tema incurren en esta imprecisión (Malan, 1983; Wolberg, 1968; Braier, 1984; Davanloo, 1992).

A la hora de hacer un poco de historia, separaremos los tres tipos, ya que no nacieron a la vez. En primer lugar, surgió el deseo de acortar el tiempo de la terapia; luego, apareció la conveniencia de limitar y planificar los objetivos; y, más tarde, se propuso la focalización sistemática como un medio para conseguir esos objetivos en un tiempo más breve. Haremos pues una breve reseña de los inicios de cada una de estas modalidades.

1.1. La búsqueda de brevedad

En los orígenes del psicoanálisis nos encontramos con algunos históricos de una sorprendente brevedad. Así, Freud nos presenta en *Estudios sobre la Histeria* (Breuer y Freud, 1895a), el rápido tratamiento de la joven Katharina. Su análisis duró una corta conversación mientras Freud era atendido en un refugio de montaña, propiedad de la madre de la

enferma. En realidad no debe extrañarnos esa rapidez de la intervención freudiana: ni siquiera se trataba entonces de un psicoanálisis. El objetivo de la intervención terapéutica consistía, entonces, en localizar e identificar el suceso traumático que había sido origen del síntoma y traerlo al recuerdo de la paciente.

Esta manera de proceder se basaba en la concepción de que el síntoma estaba generado por la incapacidad del recuerdo traumático para acceder a la conciencia. De manera que el tratamiento terminaba cuando el paciente conseguía recordar la escena traumática, a lo cual se oponía una suerte de defensa que comenzaba por un esfuerzo por olvidar y acababa diluyendo los nexos y haciendo imposible el recuerdo.

A partir de 1897, la teorización freudiana se desplaza desde la teoría que sitúa el origen de los síntomas en traumatismos reales, hasta identificar la causa de los trastornos neuróticos en la realidad psíquica del sujeto. El potencial traumático pasa así, de acontecimientos de la realidad, a deseos en conflicto en el mundo de representaciones del sujeto:

«en lo inconsciente no existe un signo de realidad, de suerte que no se puede distinguir la verdad de la ficción investida con afecto» (Carta de Freud a Fliess de 21.9.1887, en Freud 1950, O.C. Edit. Amorrotu (AE), tomo I, p. 301)

El trabajo terapéutico ya no será recordar algún acontecimiento real, sino identificar el deseo inconsciente y hacerlo consciente: «hacer consciente lo inconsciente». Ello va a suponer sucesivas complejizaciones de la teoría y del método. Y, naturalmente, la cuestión del tiempo se ve afectada. No es que se establezca que el tiempo de la cura deba ser largo, sino que será una consecuencia, no necesariamente deseada, de la complejización del proceso. Malan (1983) investigó cuáles eran los factores que contribuían a la mayor duración de la terapia psicoanalítica, y los clasificó en dos grupos, según se debieran al paciente o al terapeuta:

- a) En cuanto al paciente: la **sobredeterminación causal** de su trastorno, las raíces de la neurosis en la infancia (la neurosis infantil), la resistencia y la necesidad de elaboración. Además, la dependencia y la transferencia negativa, así como la neurosis de transferencia.
- b) En cuanto al analista: su tendencia a la pasividad y su voluntad de seguir al paciente, la impresión de eternidad que le comunica al paciente, el perfeccionismo terapéutico y la preocupación creciente por las experiencias cada vez más profundas y más precoces del paciente.

Ya desde el principio comienzan a aparecer voces que claman por una técnica que permita un acortamiento del tratamiento. Un caso del propio Freud es pionero en esta línea —aunque él mismo lo autocriticó años más tarde (Freud, 1937)— *El hombre de los lobos* (1918), que constituye el único ejemplo conocido de un tratamiento freudiano en que se fijara una fecha estricta para su terminación. Bien es cierto que esta intervención activa en cuanto a la duración, no obedeció al deseo de acortarla, sino al de salir de un cierto «impasse» analítico producido por las resistencias del paciente que estaban alargando «enormemente» el tratamiento. De hecho, fue un análisis *muy largo para la época*: desde febrero de 1910, hasta julio de 1914.

En el *V Congreso Internacional de Psicoanálisis*, en Budapest, en 1918, Freud había presentado una comunicación: *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica* (Freud, 1919a) en la que abría, por primera vez, la posibilidad de modificación de la técnica básica para hacerla más adecuada al tratamiento de las psicopatologías no neuróticas y responder así a las necesidades asistenciales reales de la población. Sin embargo, no dejaba de advertir de los peligros que entraña entrar en una relación de satisfacción de las demandas del paciente, ya que es a través de la abstinencia o la frustración que el paciente es movilizado para resolver sus problemas neuróticos (Crawford, 1988).

Esta propuesta freudiana de 1918 es de importancia decisiva para fundamentar posteriormente la configuración de una terapia breve de orientación psicoanalítica (Braier, 1984). A partir de este momento, vamos a caracterizar dos líneas de desarrollo diferentes en la construcción de modelos de psicoterapia breve:

1.1.1. La crítica al modelo freudiano

Hay analistas que no siguen a Freud en esa tendencia de hacer más compleja la teoría y la técnica psicoanalíticas. Desean que el análisis sea más terapéutico, más útil, más breve. Consideran que éste se ha complicado excesivamente y que determinadas modificaciones convendrían más al trabajo psicoanalítico. En esa línea tenemos a Ferenczi (en determinados períodos de su obra, no en todos), A. Adler (aparte de otras modificaciones más «gruesas»), W. Stekel, Alexander, T. French, F. Fromm-Reichman, Wilhem Reich, y otros (sobre la mayoría de estos autores, véase *Capítulo 4*).

Esta cuestión sobre la necesidad de modificar el psicoanálisis o, por el contrario, de crear otra entidad psicoterapéutica, tiene su continuación y más clara expresión en el seno del psicoanálisis de EEUU. El famoso Pro-

yecto Menninger informa de la polémica entre 1954 y 1975 (Wallerstein, 1992).

Ferenczi habría mencionado por primera vez la necesidad de acortar el tratamiento psicoanalítico. A partir de 1918 utilizaba una modalidad activa de tratamiento (véase *Capítulo 4*) que incluía la ejecución de roles por parte del terapeuta, efectuar prescripciones y prohibiciones al paciente, establecer límites temporales, inducir fantasías para reproducir los conflictos, etc. (Malan, 1983). Entre 1920 y 1925 realiza, junto con Otto Rank, intentos para abreviar la cura psicoanalítica. Publican conjuntamente un libro que es objeto de duras críticas por parte de Freud, *The development of Psychoanalysis* (Ferenczi y Rank, 1924), en el que, junto con las propuestas de Ferenczi, Rank proponía un análisis breve, o al menos focalizado, en torno al «trauma del nacimiento» que él consideraba el núcleo de la neurosis.

Esta línea de construcción de modelos de psicoterapia más breve encontrará algunos seguidores aunque, siempre, bajo la mirada desconfiada y hostil de los psicoanalistas ortodoxos. Un hito muy importante lo representarán, a partir de los años 40, los trabajos de dos psicoanalistas radicados en Chicago, Frank Alexander y Thomas French. Hablaremos de ellos más adelante.

1.1.2. La reintroducción del factor trauma en la teoría

Se trata de un cierto retorno al momento de los orígenes: del impacto insoportable del trauma. Especialmente del trauma que supusieron las dos guerras mundiales, sobre todo la segunda. Grinker y Spigel, por ejemplo, trataron con éxito neurosis traumáticas graves, cerca de la línea del frente, en soldados de los ejércitos aliados, mediante técnicas psicoanalíticas (Dasberg, 1985). Los efectos de la guerra superaban las posibilidades de atención y era necesario adecuar la oferta terapéutica a la demanda masiva de un pueblo que amenazaba con saturar la asistencia psiquiátrica. Esto tuvo una consecuencia inesperada: el auge de la psiquiatría o, al menos, de determinado tipo de ella. Supuso la mentalización de la población sobre la importancia de los problemas psiquiátricos como causa de incapacitación aguda y crónica de difícil tratamiento; ya que el número de bajas por motivos psiquiátricos fue tan alto como el de bajas por enfermedades y traumas físicos. Pero no solamente por la Guerra, sino por los enormes cambios sociales que se produjeron. Fue en EEUU donde se potenciaron distintos tipos de terapias de «intervención en crisis», y más tarde en Europa.

Tras el éxodo de psicoanalistas europeos a raíz, primero, de la persecución nazi y después, de la guerra en Europa, se tomó la doctrina psi-

coanalítica como teoría que iba a explicar y servir de base para una aplicación clínica a toda clase de disturbios mentales y emocionales. Pero pronto se vio que lo dilatado de este tipo de tratamiento, su carestía y lo prolongado y arduo del proceso de formación de analistas competentes, iba a ser un obstáculo insalvable para su aplicación a la mayoría de los enfermos que lo necesitaban, y ello a pesar de los esfuerzos de algunos de sus pioneros, como Otto Fenichel o Frank Alexander.

Así, se hacía necesario arbitrar formas de tratamiento que alcanzasen a más pacientes (psicoterapia de grupo), que consiguieran efectos terapéuticos en menos tiempo (terapia breve), que se dirigiesen a organizaciones o instituciones que, por el número de personas que cuentan o por la naturaleza del vínculo de las personas que las integran puedan funcionar como agentes de salud o enfermedad (terapia institucional)

Ahora bien, aunque clásicamente está aceptado que los desastres de la segunda guerra y los cambios que trajeron consigo (lo que aquí estamos llamando «la reintroducción del trauma en la teoría», línea b) dieron el gran impulso a la extensión y profundización de los procedimientos psicoterapéuticos, la tendencia a mejorar la efectividad de los tratamientos y a acortar su duración (lo que hemos identificado como línea a), era muy anterior; en realidad era una aspiración de siempre. De esta manera encontramos que ambas líneas confluyen en un interés por adecuar las características del método terapéutico al sujeto y sus condiciones ambientales.

Las psicoterapias breves, por tanto, responden a nuevas demandas y buscan nuevos objetivos a través de repertorios técnicos diferentes y en unos marcos espacio-temporales también distintos. No son «psicoanálisis reducidos». Son otra cosa.

Históricamente, este proceso de cambio se produce en el seno del psicoanálisis. Otros enfoques terapéuticos (conductuales, cognitivos) ya nacieron breves, aunque algunos hayan propuesto modelos específicamente breves de tratamiento, en esos contextos teóricos. Es en el ámbito de la terapia psicoanalítica donde se produjo, y se produce, una importante teorización acerca de la psicoterapia de objetivos, objeto o tiempo limitados.

1.2. La necesidad de planificación

Respecto a la planificación como principio general, tras lo visto sobre Ferenzci, sólo mencionaremos el papel fundamental de dos autores: Frank Alexander y Thomas French. En 1946 aparece el libro de Alexander

y French, *Psychoanalytic therapy*, que definirá la psicoterapia como una «experiencia emocional correctora», marcando así una franca diferencia con el modelo freudiano. Cuanto más cerca de sus problemas reales pueda ser mantenido el paciente, tanto más intensivo y eficaz será el proceso terapéutico, al tratar de establecer conexiones entre el material inconsciente y la realidad actual, en forma más activa que en el psicoanálisis.

Sólo la experiencia real de una nueva solución en la situación transferencial (la experiencia emocional correctora) da al paciente la convicción de que una nueva solución es posible. Se cuestiona así el paralelismo entre profundidad del tratamiento y tiempo del mismo.

También se incluyen técnicas como: «planificación de la psicoterapia», «flexibilidad del terapeuta», «manejo de la relación transferencial y del ambiente» y se presentan los beneficios de destacar la realidad externa y la eficacia del contacto breve. A estas modificaciones técnicas se añade la variación en el número de entrevistas en ciertas fases del tratamiento, para hacer consciente al enfermo de sus necesidades de dependencia. En las psicoterapias breves se debe mantener siempre en la conciencia del enfermo que el tratamiento debe ser tan breve como sea posible. Todo esto puede compendiarse como el principio de la *flexibilidad en el tratamiento*: la aplicación de la técnica más adecuada a la índole de cada caso. Las propuestas de Alexander y French se convierten en el primer modelo consistente y coherente de psicoterapia breve y planificada.

El nacimiento de la terapia breve que al principio tuvo una razón de ser eminentemente práctica, pronto se vio seguido de un auge de esta especialidad de tratamiento con indicaciones precisas y excelentes resultados en ciertos casos, lo que hizo que dejara de ser considerada como «remedio de segunda categoría». Algo similar ocurrió con la psicoterapia de grupo.

1.3. El descubrimiento de la focalización como técnica eficaz

La focalización, en sentido amplio, cuenta con varios precursores, pero si nos referimos a la utilización sistemática y operativizada de un foco como técnica de intervención específica, es necesario entonces referirse a Michel Balint (*véase Capítulo 6*).

La **psicoterapia focal**, conocida también como «terapia breve para psicoanalistas» (Balint, Ornstein y Balint, 1986), se desarrolló en la segunda mitad de los cincuenta en la *Clínica Tavistock* de Londres. Allí, en 1955, se formó un grupo para el estudio de la psicoterapia breve, el Taller

de Psicoterapia Focal, que realizó sus trabajos hasta 1961, bajo la dirección de Balint. En 1963, David Malan, uno de los antiguos integrantes del Taller de Balint, publicó *Un estudio de la psicoterapia breve*, que recoge los resultados de la investigación realizada con 19 pacientes de la Clínica Tavistock tratados con psicoterapia individual breve, incluyendo los estudios de seguimiento. Unos años más tarde apareció el libro póstumo de Balint en el que se planteó de forma rigurosa la naturaleza y características de la psicoterapia focal: *Psicoterapia focal. Un ejemplo de psicoanálisis aplicado* (1986). En dicha obra, Ornstein señaló cómo Balint y su equipo tuvieron el acierto de no caer como Alexander y French (1956) en la pretensión de «mejorar» el procedimiento psicoanalítico estándar, sino en intentar crear una auténtica psicoterapia psicoanalítica (Wallerstein, 1992).

Cuadro 1. Algunas razones para la necesidad de terapias breves y focales

Las razones para valorar una terapia planificada de estas características no sólo se han mantenido hasta el día de hoy, sino que se han diversificado y profundizado en forma notable. Unos cuantos cambios operados en los últimos decenios dan cuenta de ello:

- **El aumento progresivo y espectacular de la demanda de atención psicoterapéutica**, debido a múltiples factores (las condiciones de vida, el mayor reconocimiento del papel de lo psicológico en la salud, la extensión de la asistencia sanitaria al conjunto de la población, los cambios en la sensibilidad de los médicos hacia los factores psíquicos, etc.).
- **Apertura de la asistencia psicoterapéutica a la población** que tiene unas condiciones socioculturales diferentes a los usuarios tradicionales de dicha asistencia (Jiménez, 1995). En el estudio de Garfield (1986) —sobre una población de clase social baja— se vio que: el 75% de los pacientes no volvían a aparecer tras la primera consulta, el 15% acudían en dos ocasiones y sólo el 10% concurrían tres o más veces.
- **Ampliación en cuanto a indicaciones:** Debida, por una parte, a la diversificación de la demanda y, por otra, a la comprobación de la capacidad terapéutica de las terapias breves. En este sentido en la polémica entre el punto de vista «conservador» y el «radical» (Malan, 1983) parece imponerse este último.

[El punto de vista *conservador* acepta la terapia breve pero únicamente cuando no puedan utilizarse, por razones prácticas, los méto-



dos prolongados; y sólo para sujetos con personalidades básicamente bien ajustadas que padezcan enfermedades agudas. A lo más que se puede aspirar es al resultado de la eliminación de los síntomas. El punto de vista *radical* afirma que la terapia breve puede ser aplicada con éxito a gran variedad de pacientes, incluidos pacientes graves y con enfermedades de larga data. Los resultados pueden ser similares a los de las terapias prolongadas]

- **Ampliación a otros «lugares terapéuticos»:** Progresivo paso de la consulta privada al ámbito de lo público, ámbito reconocido socialmente, lo cual tiene importancia terapéutica (Frank, 1961, 1988)
- **Ampliación en cuanto al perfil del terapeuta:** Desde la tradicional imagen del profesional individual se va pasando a la del terapeuta incluido generalmente en un equipo multiprofesional, que maneja un abanico de abordajes terapéuticos.
- **Sensibilidad en cuanto al tiempo:** Respecto a la duración de los tratamientos, se ha pasado de la tradicional larga duración a la obligatoriedad de limitar el tiempo. Strupp (1993) concede gran importancia al hecho de que, realmente, el número de veces que el paciente medio acude a la consulta pública del terapeuta es muy reducido. La tendencia, por diferentes razones, apunta a los modelos breves.
- **Valoración de éxitos parciales:** Un dato interesante de la investigación de Howard et al. (1986) es que en las 8 primeras sesiones del tratamiento alcanzaron una notable mejoría el 50% de los sujetos. Con 26 sesiones mejoraron un 75% de los sujetos. También aquí, consideraciones realistas inclinan la balanza hacia los tratamientos breves.
- **Valoración del criterio de eficacia:** La relación coste-eficacia: ya no basta con que la psicoterapia cure, se pide de ella que el coste sea reducido, dada la tendencia a que la financiación, total o parcial, corresponda al Estado, a las compañías de seguros, a las sociedades médicas, etc. (Haley, 1994).
- **Importancia del papel de la investigación:** La investigación hace ya tiempo que se inclina claramente por un modelo integrador y por las psicoterapias breves (Prochaska y Diclimente, 1986; Norcross 1986; Mahoney, 1989, 1991 y Norcross et al. 1992). Neutralizadas las iniciales resistencias a la psicoterapia y, especialmente, a la psicoterapia breve, la investigación actual encuentra pocas razones a favor de las psicoterapias largas, de objetivos no limitados.
- **Proliferación de escuelas, teorías y métodos** y la poca diferenciación en cuanto a resultados correspondientes. Esto actualiza la teoría de Frank (1961,1988) sobre los *factores comunes* a las psicote-



terapias y su sugerente razonamiento: si los modelos son tan diferentes y los efectos son tan parecidos, debe ser que dichos efectos no se deben a lo que los distintos modelos de psicoterapia tienen de diferencial, sino a lo que tienen de común.

Y entre esos componentes comunes hay uno que destaca, por su potencial terapéutico y por las posibilidades de ser operativizado: la relación paciente/terapeuta.

Las terapias se pueden abreviar por alguno de estos tres procedimientos:

- Limitando la población de pacientes a través de una muy cuidada selección de los mismos que permita tratamientos más fáciles y por tanto más breves (**psicoterapia breve**).
- Limitando los objetivos (**psicoterapia de objetivos limitados**).
- Limitando el campo de indagación e intervención y utilizando técnicas específicas (**psicoterapia focal**).

2. EL CONCEPTO DE FOCO

Empezaremos por diferenciar **focalización** y **psicoterapia focal**. El Diccionario de la Real Academia (22.^a edición, 2001) nos ayuda, en esta ocasión, a hacer una matización interesante. Encontramos allí definido el foco, desde dos perspectivas diferentes:

- El foco como punto de convergencia de haces de luces o de partículas provenientes de un exterior. El foco, en este sentido, estaría definido desde «afuera». En esta línea **focalizar** sería la acción de hacer converger, de centrar, de concentrar, sobre un punto que se convertiría así en **foco**. Esta acción de focalizar es constante y común a cualquier forma de psicoterapia y no alude a ninguna acción específica. De una u otra forma siempre concentramos nuestra atención sobre algo (con una importante excepción: la escucha psicoanalítica. Una de las características del método psicoanalítico consiste en lo que Freud llamó la «atención flotante», es decir, el psicoanalista procura no concentrar la atención en ningún elemento concreto del discurso del paciente lo que le permite estar más abierto y receptivo a cualquier indicio de lo inconsciente del paciente o de él mismo).

- Pero en otra acepción de **foco** encontramos: «*Lugar real o imaginario en que está como reconcentrado algo con toda su fuerza y eficacia, y desde el cual se propaga o ejerce influencia*». Ahora el foco parece estar definido desde «dentro», por lo que contiene y puede irradiar. Esta acepción es mucho más específica y define admirablemente las modalidades de foco que ahora veremos.

La acción de identificar este foco y convertirlo en objeto sistemático del trabajo de la psicoterapia, sí es una operación específica. En ello consiste la **psicoterapia focal**. Pues bien, tomaremos la definición de foco de la Real Academia en sentido literal para nuestros efectos y veremos que de ella surgen varias modalidades de foco. Tres nos parecen significativas, teórica y técnicamente. Y coinciden con modelos y autores muy diferentes: el foco temático, el estratégico y el descriptivo.

2.1. El foco temático

Para algunos autores, ese «algo» que está reconcentrado en ese lugar imaginario que es el foco constituye una pieza de la arquitectura psíquica que tiene una condición fundamental. Por tanto el foco es un constructo que procede de la teoría psicodinámica particular del autor y precede al paciente concreto de cada psicoterapia. El sujeto-paciente aportará, eso sí, la forma singular que en él toma ese constructo.

Para **Sifneos**, creador de un modelo de *Psicoterapia Breve con Provocación de Angustia* (Sifneos, 1993), el foco estará constituido, indefectiblemente, por el conjunto de recuerdos, vivencias, identificaciones y sentimientos de todo tipo que constituyen la trama edípica. Es decir las relaciones formadoras y conflictivas, conscientes e inconscientes, con los progenitores, que se desplazan y repiten en otras relaciones, especialmente con personas de otro sexo, a lo largo de la historia del sujeto.

Para **Luborsky** el foco de la acción diagnóstica y terapéutica será lo que denomina *Tema Relacional Núcleo de conflicto (CCRT)* (Luborsky, 1984) o, lo que es lo mismo, lo que de conflictivo se repite en la relación de ese individuo con los otros. Es un constructo que procede de la investigación en psicoterapia.

Weiss y Sampson (1986) consideran que así como puede hablarse de un inconsciente conflictivo, patógeno, que entre otras cosas estaría conformado por «creencias patógenas», originadas en las primeras relaciones significativas, hay otro inconsciente que tiende a la autorregulación, a la realización (en el sentido de Rogers). Y es por ello que puede hablarse de la existencia de un *plan inconsciente de curación*. Una parte importante de

este plan consistiría en poner a prueba al terapeuta comprobando si es capaz de desconfirmar dichas creencias patógenas o no. Las intervenciones del terapeuta (fundamentalmente interpretaciones) serán acordes al proceso si tienen en cuenta y se ajustan a ese plan inconsciente. Si son *pro-plan*. Por tanto, el foco estará constituido por esas creencias patógenas que es preciso desconfirmar por parte del terapeuta.

La Psicoterapia Dinámica Breve de **Davanloo** (1992) es considerada como de foco amplio. Pero en realidad, la primera parte de su terapia, que pretende lo que este autor denomina «desactivación del inconsciente» (que es lo más específico del modelo), tiene un doble foco claro: a) identificar rápidamente las defensas y las resistencias del paciente y proceder a su desmantelamiento; b) con ello lo que se persigue es la manifestación de lo que llama los «sentimientos inconscientes». Por ejemplo, la ira no consciente, que se convierte en un foco casi constante en sus terapias.

Mann (1973) no habla explícitamente de foco en su *Psicoterapia de Tiempo Limitado*. Pero sí de un *Tema Central* que estaría constituido por algún «afecto central y recurrente que ha deteriorado en forma crónica la autoimagen del paciente, lo cual le ha originado desesperanza, tanto en el pasado, como con respecto al futuro» (Winokur y Dasberg, 1985, p. 47). Por otro lado, si la cuestión de la brevedad del tiempo de terapia, el inmediato final y la separación del terapeuta, con todo lo que ello representa, son elementos a tener en cuenta en casi todos los modelos de terapias breves; para Mann, como veremos más adelante, ésta es una cuestión teórica y técnica fundamental. Ello hace que se convierta en un foco insoslayable a partir de la mitad del brevísimo tratamiento (12 sesiones).

Tampoco **Wachtel** (1988, 1993) presenta su modelo de intervención como una terapia estrictamente focal pero, como sucede con algunos otros autores, en la estructuración de sus explicaciones teóricas acerca de la evolución normal y patológica del desarrollo de los síntomas y de la naturaleza de la terapia es tan central una idea que, inevitablemente, ésta se convierte en foco temático. En este caso se trata de la noción de «los círculos viciosos»: el miedo a perder el amor de los otros significativos generó ansiedad. Para combatir la ansiedad se produjo inhibición, defensa patológica... y la rabia consiguiente. Y ésta, a su vez, miedo a perder el amor de los otros. Y se cierra el círculo. Y así, de forma repetitiva hasta conseguir romper ese círculo vicioso, que se convierte en foco de la psicoterapia.

Para **Bachs** (1988), el tema focal serían los sentimientos de incompetencia que sustentan la autodesconfianza, la baja autoestima y una autoimagen defectuosa. Esta incompetencia tendría su origen en la secuencia

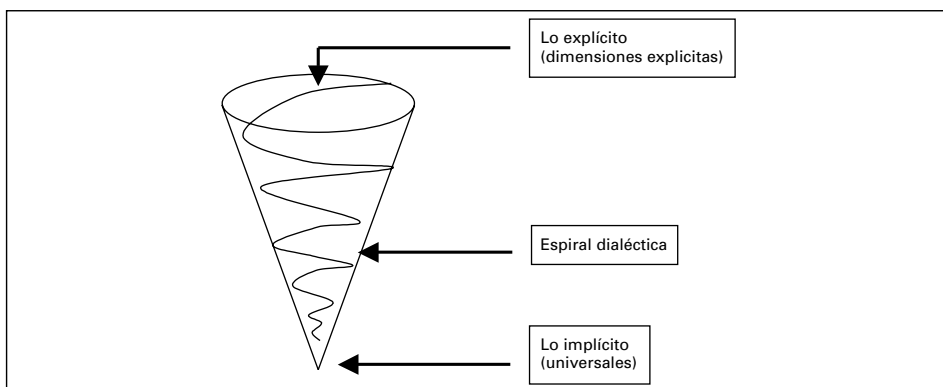
evolutiva, siempre orientada a la adaptación por encima de cualquier otra cosa.

2.2. El foco estratégico u operativo

Para los autores que examinaremos a continuación el **foco** debe su importancia, su *fuerza y eficacia*, no a su contenido temático, sino a su posición estratégica en el mundo representacional y afectivo del paciente. Ocupa un *lugar imaginario*, estratégico, desde el que *propaga y ejerce su influencia*, en términos de la definición que nos proporciona la Real Academia.

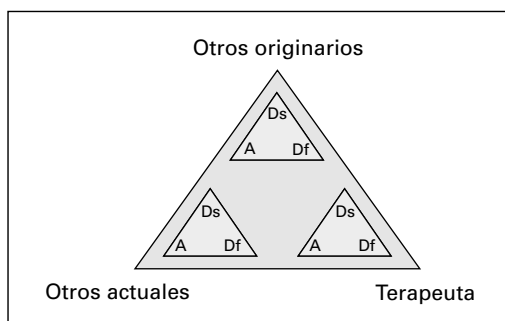
Estratégico ¿en qué sentido? Para contestar nos valdremos de los dos triángulos propuestos por David Malan: el triángulo de las relaciones y el triángulo del conflicto.

Figura 1. Los triángulos de Malan



En el triángulo de las relaciones observamos como se da una dinámica de influencia recíproca entre las relaciones del sujeto con los otros (actuales o pasados) y el terapeuta. En el triángulo del conflicto está representada la dinámica pulsional (deseos-ansiedades-defensas). La propuesta de Malan es que el foco es estratégico porque debe ocupar un lugar tal que, al analizarlo e intervenir sobre esa parte de la información aportada por el paciente, produzca la mayor influencia posible (*se propague y ejerza su influencia*) sobre los vértices de ambos triángulos.

Angela Molnos (1984) al desarrollar esta idea propone un tercer triángulo, que es síntesis de los anteriores:

Figura 2.

En este tercer triángulo vemos cómo podrían analizarse sucesiva o alternativamente los conflictos con cada uno de los personajes de cada vértice: los deseos, las ansiedades y las defensas puestas en juego en la relación con los primeros objetos, con los objetos actuales y con la figura del terapeuta.

Veremos ahora que en la psicoterapia focal breve es más frecuente el trabajo con unos vértices que con otros. Por ejemplo: el foco debe estar constituido por aquella parte del material del paciente que, estando estrechamente unido a la problemática actual del paciente (neurosis que padece actualmente), establezca algún tipo de referencia o nexo respecto a la problemática infantil del sujeto (neurosis infantil) y, a su vez pueda ser analizada en la relación con el terapeuta (transferencia).

De no ser así, podemos revisar las distintas alternativas:

- Si focalizáramos sobre las relaciones de infancia del sujeto, sobre su neurosis infantil, sin dar mayor importancia a sus problemas actuales y sin mencionar el vínculo transferencial para nada, estaríamos en una mala versión del psicoanálisis. Como si el psicoanálisis se dedicara exclusivamente a analizar el pasado del sujeto. Porque, si es verdad que el psicoanálisis considera que los conflictos actuales son, en parte, reediciones de los conflictos originarios, no es menos cierto que los actuales son producto de muchos factores más, y que el análisis exhaustivo de lo infantil no explicaría, sin más, lo actual. Ese determinismo exagerado no es, como decíamos, sino una mala versión del psicoanálisis (que para muchos de sus críticos —en realidad bastante desconocedores del mismo— es la única versión).
- Si nuestro foco fueran las relaciones del sujeto en su momento actual, sin vincularlo en forma alguna con su pasado, ni contrastándolo con la relación transferencial, vendríamos a hacer una for-

ma de psicoterapia muy cercana al *counseling* o a la modificación de conducta. Cosa que, sin duda podría tener su interés, pero que no responde a los objetivos estructurales de la terapia psicodinámica.

- Finalmente, supongamos que toda la terapia se desarrollara en un estudio sistemático de la relación paciente-terapeuta, sin ir estableciendo los nexos de ésta con la forma en que se ha venido relacionando con los demás desde siempre. Desde sus primeros vínculos, que seguramente fueron fundantes de este «patrón relacional», hasta los actuales, en las que el sujeto naufraga o son fuente de insatisfacción y malestar. Si así fuera, estaríamos cayendo en una suerte de modelización inaceptable, que encierra al paciente en el atosigante marco de un vínculo que habría perdido todo su interés al dejar de lado lo más importante y operativo del mismo, que es su carácter transferencial: que en una parte importante, y debido a las condiciones que Freud estudió con todo detalle en «Sobre la dinámica de la transferencia» (Freud, 1912a), en la relación paciente/terapeuta se vienen a repetir, por desplazamiento, aspectos importantes de los que el sujeto tuvo (o no llegó a tener, para su pesar) con sus «otros» significativos.

Por todo ello, el foco no puede coincidir con ninguno de los vértices, pero debe estar en un punto imaginario, que haga posible, en medidas diferentes, el juego de los tres en la terapia. Normalmente, la *neurosis infantil* sólo será aludida. Y si es objeto de mayor atención lo será, sólo, en la medida que sea indispensable para entender y movilizar los conflictos actuales del paciente.

También normalmente, la relación transferencial será trabajada limitada y controladamente. Se analizarán los contenidos transferenciales positivos y negativos, pero siempre con el propósito de comprender e intentar modificar los problemas relacionales del paciente en su vida diaria. La transferencia como «laboratorio» que permita la «experiencia emocional correctora» (Alexander y French, 1956). Y se evitará, en general, la producción de la neurosis de transferencia.

Nos parece especialmente importante esta variante del foco que propone Malan por cuanto:

- Indica una especificidad de este modo de hacer psicoterapia. Porque focalizar cierta temática es algo que, de una u otra forma, en mayor o menor grado, se hace en cualquier tipo de terapia. Pero tener una idea estratégica al pensar el foco, no: es específico de esta modalidad de psicoterapia focal.

- El foco, así pensado, constituye, en sí mismo, una potente técnica psicoterapéutica. No obedece sólo a un criterio descriptivo o de economía de tiempo. No se trata de que con el foco es como mejor describimos la situación psíquica del paciente, o que, dado que disponemos de poco tiempo, seleccionamos una parte de la problemática que sería el foco. No sólo por eso. Es que, además y sobre todo, trabajar con un foco es operativo y muy «rentable», por los efectos directos, y por los que se pueden producir en lo que algunos autores han llamado «reacciones en cadena» (las alusiones a problemas y conflictos que, como vimos a propósito de los tres vértices del conflicto, no serán examinados directamente pero podrán ser «removidos»).

Según nuestro punto de vista, el foco condiciona todas las operaciones de la psicoterapia breve: la selección de pacientes (Garske y Molteni, 1988), el establecimiento de los objetivos de la terapia (Fiorini, 1977), la influencia terapéutica, los resultados (Braier, 1984; Avila, 1996; Poch, 1996) y la duración del proceso.

Cuadro 2. La psicoterapia focal

French (1958) había introducido el concepto de «conflicto focal» como representación preconsciente de un «conflicto nuclear» de carácter inconsciente (Malugani, 1990), pero, como ya dijimos anteriormente, fue **Michael Balint**, quien inició la tarea de experimentar sistemáticamente y teorizar acerca de esta nueva forma de intervención. Su Taller de Psicoterapia Focal dejó establecidas unas líneas fundamentales que han sido tomadas como referentes por los distintos autores.

En la psicoterapia focal la actividad del terapeuta consiste en:

- Encontrar el foco apropiado de entre los que ofrece el paciente.
- Aproximarse de modo constante y coherente al problema focal con la sola actividad interpretativa, [con] «atención selectiva» y «olvido selectivo». Lo que no se relaciona directamente con este foco queda sin interpretar (Balint et al., 1986, p. 192).

Para Balint (Balint et al., 1986), el foco se elige entre el material que ofrece el paciente, no tiene por qué ser único, y debe reunir varias características:

- Ser específico, es decir, condensarse en una idea concreta y no general (como «el complejo de Edipo», «los déficits en la constitución de su narcisismo» o ideas por el estilo).



- Estar claramente delineado (no ser una idea vaga como «la relación del sujeto con su madre», sino una formulación concreta y descriptiva.
- Evitar siempre la ambigüedad: debe poder expresarse como una interpretación que pudiera darse con todo su sentido al paciente, hacia el final del tratamiento.

Y continúa Balint:

«Formular el foco de la manera exacta que acaba de describirse exige un alto grado de observación sensible, un buen conocimiento de la teoría psicoanalítica, estar libre de vías compulsivas para concebir la psicopatología y, sobre todo, resistir la atracción de emplear frases psicoanalíticas huecas» (Balint et al., 1986).

Respecto a la forma en que ha de buscarse el foco, Balint plantea la oposición entre el método del «**destello**» (o *flash*) y el de la «**cristalización**» (Balint, 1986; Malan, 1983). Michel Balint y Enid Balint, utilizando la técnica del flash, construyeron una submodalidad de terapia que denominaron «psicoterapia de diez minutos» centrada en una intervención estratégica que incide selectivamente en la contención de ansiedades básicas (Tizón, 1992).

Por su parte **Malan** describe así la «terapia focal»:

«El terapeuta tiene presente un objetivo o «foco» que debería formularse idealmente en términos de una interpretación esencial en la que debe basarse la terapia. Persigue este foco concentrándose en un solo propósito: guiar al paciente hacia el mismo mediante interpretación parcial, atención selectiva y descuido selectivo; si el material admite más de una interpretación, siempre se elige aquella que está en consonancia con el foco y se niega a ser distraído por material aparentemente no relacionado con el foco, por tentador que fuere» (Malan, 1979; p. 258).

Para Malan el uso de la focalización será entre otras operaciones (interpretar cuanto antes las manifestaciones transferenciales, positivas o negativas, por ejemplo) una manera de contrarrestar la tendencia al alargamiento de las terapias.

Farré, Hernández y Martínez (1992) entienden el foco como una interpretación esencial sobre la cual se asienta toda la terapia y a la cual el terapeuta vuelve una y otra vez. Ahora bien, ¿qué recoge esa «interpretación esencial»? Según estos autores, el conjunto de ansiedades y mecanismos de defensa característicos del tipo de vínculo objetal que el sujeto tiende a instalar habitualmente.

La comprensión del foco debe hacerse a partir de la dificultad actual por la que haya consultado el paciente, en un proceso que debe ir de lo ac-



tual y sencillo a lo biográfico y complejo. El siguiente párrafo ilustra bien su versión operativa del foco:

«Normalmente, si el foco clínico está bien escogido, se podrá concentrar en él el trabajo terapéutico y todo el material clínico que se vaya presentando (...) se utilizará preferentemente para volver al foco desde distintas perspectivas que permitan irlo elaborando con mayor riqueza de comprensión y que lo hagan más vivo y significativo para el paciente al encontrarlo en todas las esferas de su vida (en el presente, en el pasado, en las relaciones familiares, en las relaciones laborales, en las relaciones de amistad, en la relación con el terapeuta, etc.)» (Farré, Hernández y Martínez, 1992, p. 29).

Helmut Tomä y Horst Kächele (1985, 1989), definen la psicoterapia psicoanalítica como una «terapia focal, continuada, de duración indefinida y de foco cambiante». A la hora de definir su idea de foco como un «punto nodal temático», hacen especial hincapié en el carácter cooperativo de éste, como un «trabajo en común continuado entre paciente y analista», un «proceso creativo conjunto de contradicción y concordancia». Carácter éste, de la importancia primordial que cobra la relación paciente-terapeuta, que ya resaltara Balint. Respecto al proceso, lo describen como una configuración progresiva de sucesivos focos que se van modificando cualitativamente «a posteriori», conforme se va avanzando en el trabajo terapéutico. Siguen en este punto a Luborsky (1984) y su concepción de un «conflicto dinámico central» (CCRT) en el que se irían articulando los diferentes «focos». Si algunos han comparado al foco con el hilo de Ariadna, ahora con Tomä y Kächele encontramos al proceso psicoterapéutico metaforizado en la exploración de una casa:

«la exploración del interior de la casa gira principalmente en torno a una pieza que, por su ubicación central, controla el acceso hacia los otros espacios, pero a la que también se puede entrar y explorar desde diferentes espacios secundarios» (Tomä y Kächele, 1985, 1989, p. 407).

Es esta caracterización del foco lo que nos hace incluir a estos autores en esta modalidad de foco estratégico. A pesar de la caracterización que hacen del foco como núcleo temático y, otra característica a resaltar, diferente a lo planteado por los autores anteriores: el foco como producto de un trabajo en común entre el paciente y el terapeuta. Característica ésta que también es muy significativa del foco tal como es entendido por los autores que mencionamos a continuación.

Para **Strupp y Binder** (1993) el foco no se utiliza sólo para circunscribir o limitar la terapia. Por una parte basan toda la patología en la existencia de patrones cíclicos inadaptados y buscan las causas cíclicas de tales patrones. Una manera de buscarlos es a través de la transferencia o, si se



quiere, de la interacción con el terapeuta y los problemas que ésta plantea. Por otra parte, ponen el énfasis en la interacción como lo esencial de la relación terapéutica y como el contenido fundamental de las narraciones que se realizan en una terapia. El foco se va gestando en la interacción o es la interacción misma (Gutiérrez, Iturriza y Finol, 2002).

En un reciente trabajo de **Jeremy Safran** (2003), siguiendo el enfoque dinámico relacional, se propone un modelo de psicoterapia breve y focal en que el foco primario está constituido por la interrelación terapéutica y, el foco secundario se ocupa de un aspecto de ésta, la separación inminente. Todo ello confiere al foco, no un carácter temático (los «contenidos» de la relación: las transferencias, por ejemplo), sino un carácter de proceso: lo que en cada momento «está pasando», las emociones que se están produciendo, en la díada paciente-terapeuta. Cercano a la idea de «Aquí y ahora» que propuso Carl Rogers.

2.3. Foco descriptivo de situación

Denominaremos así a las definiciones de foco que prefieren llamar la atención sobre la notable complejidad de la situación del sujeto. Situación que incluye muy diferentes parámetros como veremos.

Héctor J. Fiorini (1977), en una obra que, en lengua castellana es ya un clásico de la psicoterapia psicoanalítica breve, propone un foco altamente estructurado. El eje del foco, formado por el motivo de consulta (síntomas más perentorios) y por el conflicto subyacente al mismo, se inserta en una situación grupal específica, constituyéndose así una unidad en la que habrá que proceder a establecer diversos «niveles de análisis»:

- Aspectos caracterológicos del paciente: dinamismos intrapersonales y modalidades defensivas personales movilizados por esta situación específica, etc.
- Aspectos biográficos individuales y grupales que se reactivan en la situación actual.
- Momento evolutivo del individuo y del grupo.
- Determinantes del contexto social más amplio: condiciones económicas, culturales, ideológicas, etc., que actúan sobre el sujeto en la situación específica.

El trabajo focal del terapeuta irá seleccionando qué aspectos deben ser tratados en los distintos momentos del proceso terapéutico, sin perder nunca su referencia a la estructura focal general.

El despliegue analítico al que procede Fiorini, con relación al foco, nos parece insuperado hasta el momento. No hemos encontrado en ningún otro autor una utilización tan adecuada de la noción de «estructura focal», con tal riqueza de matices y consideraciones diagnósticas. Todo ello no se queda en una mera afirmación teórica, sino que está ilustrado magníficamente con abundante material clínico.

Echamos de menos, únicamente, el valor operativo ya comentado, presente en las propuestas de Balint (1985), Malan (1983) y en Farré, Hernández y Martínez (1992). La plasmación del foco en una interpretación o, más exactamente, en una línea interpretativa, nos parece enormemente útil.

Eduardo A. Braier (1984) establece una interesante distinción entre ciertas nociones significativas en terapia breve, que no deben ser confundidas: *situación-problema*, *motivo de consulta*, *hipótesis psicodinámica inicial*, *conflicto focal*, *conflicto primario* y *punto de urgencia*. Sobre la base del análisis y evaluación de todos ellos se podrán establecer los objetivos terapéuticos y la planificación de la psicoterapia.

3. MÉTODO Y TÉCNICAS DE LA PSICOTERAPIA FOCAL Y BREVE

En el capítulo anterior hemos descrito los conceptos fundamentales de la técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Nos ocuparemos ahora, y partiendo de lo ya expuesto, en describir la técnica en psicoterapia focal y estratégica, y en consecuencia, más breve. En ellas, las técnicas podrían caracterizarse como una combinación de aproximación analítica, intervención activa y comprensión psicodinámica. Destacan así: la interpretación, los señalamientos, las clarificaciones, las confrontaciones, las recapitulaciones, el análisis de las variaciones en el encuadre, el análisis de la relación, el análisis de las separaciones. También: interrogar, informar, confirmar o rectificar criterios del paciente, autorrevelaciones, posibles ejercicios psicodramáticos, ensayos de conducta o de actitudes, imaginar situaciones temidas e introducir cambios, con relajación o sin ella, etcétera.

Pero las más específicas de este tipo de psicoterapia son las siguientes:

- Establecimiento del foco, explícita o implícitamente negociado.
- Acuerdo acerca de los objetivos.

- Establecimiento de un límite temporal y/o manejo de la frecuencia y de las interrupciones (Alexander y French, 1956).
- Confrontación inmediata y sistemática con las resistencias. Que el paciente las reconozca y les preste atención (Weiss y Sampson, 1986; Davanloo, 1992).
- Establecimiento temprano de la alianza terapéutica.
- Manipulación de la transferencia en el sentido de propiciar experiencias emocionales correctivas.
- Activación de los procesos de separación e individuación: lucha contra la dependencia y el sometimiento.

4. OBJETIVOS DE LA PSICOTERAPIA FOCAL

Además de los objetivos generales de la psicoterapia ya descritos, la psicoterapia focal, estratégica y breve, aspira a alcanzar una serie de objetivos particulares y lograr una serie de efectos. Veámoslos a continuación.

4.1. Los objetivos terapéuticos particulares

Deben establecerse en cada caso y siempre en función de la personalidad y patología del paciente, de su situación en sentido amplio, de sus posibilidades reales, de su capacidad y colaboración, etc. El foco se diseñará siempre en función de estos objetivos.

Así, entre los objetivos concretos de un proceso terapéutico concreto, podrían estar:

- Analizar y remover una grave inhibición intelectual del paciente y ayudar con ello a desbloquear su situación profesional paralizada y martirizante.
- Analizar, comprender e intentar mejorar las conflictivas relaciones del sujeto con cualquier persona del sexo contrario que despierte su interés.
- Indagar las causas y promover una modificación en una situación de un antiguo y pertinaz insomnio del sujeto, no atribuible a ninguna causa fácilmente accesible.
- Ayudar a narrar con palabras y a sentir las emociones, a un sujeto con una forma de funcionamiento esquizoide que le hace difícil la construcción de vínculos con los demás y le sume en una continua perplejidad en sus episodios relacionales; etc., etc.

Y así podríamos seguir indefinidamente, pues son infinitos los objetivos de los que puede hacerse cargo una psicoterapia focal y estratégica. Y siempre nos encontraremos con los dos componentes que son sus señas de identidad: el método analítico y la finalidad terapéutica.

Creemos que en la psicoterapia focal los objetivos particulares deben ser compartidos por paciente y terapeuta. Ello favorece la alianza terapéutica, el mantenimiento de la focalización, la evaluación acerca de los logros y el ajuste a los límites en que se haya pensado el proceso. Esta participación conjunta respecto a los objetivos puede ser más o menos explícita, más o menos pormenorizada, dependiendo de las características de los mismos (no es igual que el objetivo coincida plenamente con el alivio o la solución de lo que ha sido el motivo de la consulta, o que se dirija a algún conflicto que no está en primera línea de la conciencia del sujeto, de su padecimiento actual), de la sensibilidad psicológica del paciente, de su permeabilidad a los distintos niveles de sus motivaciones, y, también, del estilo del terapeuta. No obstante, nos parece deseable tender a la clarificación, conjunta e inicial, de los objetivos que ambos se proponen.

El foco será, entonces, un procedimiento o técnica de intervención que facilite la consecución de estos objetivos en un tiempo limitado, centrándose en el malestar actual, identificando los nexos de esta situación actual con otras del pasado del sujeto que puedan ser originarias y precedentes (identificación que, como hemos dicho ya, puede ser explicitada y trabajada o simplemente aludida, siempre en función de las condiciones de la terapia) y completando todo ello con la observación del funcionamiento y reacciones del paciente en la relación con el terapeuta.

4.2. Los efectos de la psicoterapia focal

Los principales efectos de la psicoterapia focal son los siguientes:

- Se inicia en el paciente un proceso de aprendizaje en el autoexamen, evaluación y toma de perspectiva respecto a la propia conducta.
- La discriminación y comprensión de los propios impulsos (aunque sea parcial) tiene una influencia positiva sobre el sujeto.
- El poner en palabras el mundo emocional tiene importantes consecuencias dinámicas.
- Cambios positivos que, paralelamente al tratamiento, el paciente va introduciendo en la organización de su vida diaria, motivándole por retroalimentación.

- La influencia benéfica que supone la elaboración de alguna imagen constructiva de futuro y la experiencia de algunos pasos dados en esa dirección.
- Modificaciones en el ambiente familiar por acciones directas o indirectas (Fiorini, 1977).

Para Fiorini la psicoterapia focal consiste, más que en un proceso unitario, en un conjunto de procesos que se van entretrejiendo y afectando a un conjunto heterogéneo de áreas: situacionales, interpersonales e intrapersonales. De ahí que no puedan proponerse objetivos ni esperar efectos terapéuticos siguiendo una mera causalidad lineal.

Una atractiva característica de la psicoterapia breve es su potencial rentabilidad: puede ocurrir que pequeñas variaciones (estímulos breves o de escasa intensidad) produzcan grandes saltos de significación, a veces con la sensación de inversión de signo de un ciclo.

El ya mencionado fenómeno de «reacción en cadena» (que pequeños cambios en el paciente puedan desencadenar un proceso de amplias consecuencias), señalado desde hace mucho tiempo (Wolberg 1968) es otra de las razones que avalan la utilización de la psicoterapia breve y focal. Es sobre la base de este tipo de consideraciones que Braier (1984) piensa que, de hecho, los objetivos de la psicoterapia breve y de objetivos limitados, no son tan limitados.

5. EL TIEMPO EN PSICOTERAPIA FOCAL: LO BREVE

La denominación *Psicoterapia breve* es hoy frecuente y tiene carta de naturaleza en el abigarrado panorama de las psicoterapias. Ya anteriormente aludíamos a la necesidad de diferenciar claramente dos situaciones:

- Cuando *breve* (en «psicoterapia breve») tiene un valor adjetivo (temporal).
- Cuando *psicoterapia breve* tiene un valor sustantivo: implica una modalidad más o menos diferenciada y específica de psicoterapia.

Hay orientaciones terapéuticas en las que el adjetivo «breve» tiene una significación pura y exclusivamente temporal. Si la psicoterapia breve es únicamente una «psicoterapia corta», y no tiene ninguna especificidad en cuanto a naturaleza, objetivos, técnicas, etc, no hay mucho más que decir; salvo congratularnos cada vez que por el exitoso trabajo conjunto de ciertos terapeutas con ciertos pacientes, tal cosa ocurra: que la psicoterapia concluya con éxito y rápidamente. Pero si trascendemos el criterio exclusiva-

mente temporal, nos encontramos con que «psicoterapia breve» se refiere a un modelo (o modelos) operativo, técnicamente interesante y valioso terapéuticamente (p.ej., cada modelo de psicoterapia focal o estratégica).

Hay una cierta tautología en la expresión «psicoterapia breve», como se desprende del comentario de Avila:

«Toda psicoterapia idealmente habría de ser tan breve como fuese posible. La larga duración no es un valor deseable en sí mismo, y puesto que el objeto de toda psicoterapia es la inducción de cambios, no hay en principio razones para demorar su logro» (Avila, 1990; p.425).

¿Hay alguna terapia que intrínsecamente, inevitablemente, sea de larga duración? Creemos que no. Ni siquiera el psicoanálisis ha de ser «inevitablemente» largo. La eficacia de una intervención psicoanalítica sobre lo inconsciente —p. ej., de una interpretación— nada tiene que ver con el tiempo.

Probablemente el factor temporal afecte más a otra importante operación que ha de realizarse —o iniciarse— en la cura psicoanalítica: la reelaboración (*working through*). Pero ni siquiera en este punto pueden hacerse afirmaciones categóricas ni predicciones *a priori* respecto al tiempo necesario. De acuerdo con esto, ¿no sería mejor diferenciar las terapias, no en función de su duración, sino en función de su objeto, metodología y objetivos?

«Parece ser que la antinomia breve-largo es un punto de partida poco conveniente para dilucidar el problema de la psicoterapia» (Kesselman 1976, p. 29).

Cuadro 3. El modelo de James Mann, paradigma de laterapia de duración prefijada breve

James Mann es el autor que concede más importancia a la fijación del factor temporal, justificando teóricamente el porqué de esta importancia y proponiendo una auténtica «teoría de la técnica» en lo referente al tiempo. Mann (1973) hace unas interesantes reflexiones acerca de la relación tiempo-psiquismo que sintetizamos a continuación:

- La unión tiempo-realidad es insoluble. Podemos prescindir del tiempo sólo apartándonos de la realidad y, correlativamente, sólo podemos salirnos de la realidad, eliminando el sentido del tiempo.
- En el niño, los conceptos de tiempo y realidad aparecen y se desarrollan conjuntamente y a partir de las mismas experiencias: los procesos de separación e individuación.



- Sin embargo, a nivel inconsciente, en cada persona, el pasado se perpetúa con carácter de total actualidad (piénsese en diversas situaciones de muchos de nuestros sueños). Fue Freud quien postuló esta cualidad de «atemporalidad» de lo inconsciente.
- La vivencia de atemporalidad correspondería a la fantasía onnipotente de unión eterna con el objeto, de inmortalidad. La vivencia de temporalidad, de un tiempo finito, corresponde a la aceptación de la inevitabilidad de la separación y de la pérdida del objeto, y, en último extremo, de la muerte. Mann llama a la primera vivencia, «tiempo del niño», y a la segunda, «tiempo del adulto».

A pesar de que se acepta la influencia de los procesos inconscientes en la vida diaria del paciente y su desarrollo, se presta muy poca atención al significado del tiempo, tanto en el terapeuta como en el paciente. Todos tenemos horror al tiempo, en tanto que es finito y nos hace enfrentarnos con la muerte. Las psicoterapias breves hacen revivir ese horror al tiempo. Pero, sin embargo, no suelen abordar el tratamiento de los desórdenes emocionales haciendo del factor tiempo una cuestión central del tratamiento, como Mann cree que es preciso hacer.

Los deseos del inconsciente, atemporales, pronto chocan con una oferta de ayuda en la cual el tiempo es limitado. Por tanto, la psicoterapia de tiempo limitado se dirige a un sujeto que vivencia en ambos registros temporales: «tiempo del niño» y «tiempo del adulto». Esto hace surgir profundos conflictos, respuestas y, sobre todo, expectativas contrapuestas. Si somos ambiguos en cuanto a la duración del tratamiento, habrá más influencia del «tiempo del niño» en los deseos y esperanzas del inconsciente. Cuanto más específicos seamos en señalar la duración del tratamiento, más rápidamente y apropiadamente confrontamos a ese «tiempo del niño» con la realidad y con el trabajo que hemos de realizar.

En este método el número de sesiones es invariable en todos los casos: **doce**. Número que en principio fue elegido arbitrariamente y luego el autor comprobó que era el tiempo mínimo necesario para que una serie de acontecimientos psicodinámicos ocurran, se desarrollen, puedan ser examinados y discutidos y, finalmente, resueltos. Por otra parte, el que el número de sesiones sea el mismo en todos los casos hace más fácil la observación y estudio comparativos de distintos pacientes.

Tras una o dos entrevistas preliminares, el terapeuta debe, basándose en los datos actuales y de la historia del paciente, seleccionar el conflicto o tema central actual, relacionándolo con hechos significativos del pasado. Este tema central —el foco—, debe ser relevante, tanto desde el punto de vista genético, como adaptativo. Y debe también ser un conflicto que se vie-



ne repitiendo en la vida del paciente. La formulación que de él se haga al paciente, debe incluir tanto sus quejas actuales como el dolor que sufre crónicamente. Y debe ser formulado en términos de sentimientos y afectos.

Según Mann, esta comunicación hace además que el paciente vea al terapeuta como aliado empático y comprensivo y establezca rápidamente una alianza terapéutica. Y es en estas condiciones en las que se le debe comunicar al paciente la duración exacta del tratamiento.

Una idea central en esta modalidad de psicoterapia: el dominio o superación de la angustia de separación se convierte en el modelo para la superación de otras angustias neuróticas. De manera que, ayudando al paciente a superar la angustia provocada por la finalización de la terapia y la separación del terapeuta, le estamos ayudando a manejar una causa fundamental de su neurosis.

Se pueden establecer tres **fases claramente diferenciadas** en un proceso de tratamiento de duración breve:

- En las **tres o cuatro primeras sesiones** se produce una rápida mejoría de síntomas. Resurgimiento de las fantasías omnipotentes y las mágicas esperanzas de que todo será de acuerdo a los deseos. Es importante que en esta fase el terapeuta limite al paciente al conflicto central, que limite la transferencia positiva del paciente y su tendencia regresiva, al persuadirle de que dirija su atención hacia un área limitada de su vida.
- En la **etapa intermedia**, el entusiasmo inicial del paciente empieza a desvanecerse. Soporta mal la limitación —focal— impuesta por el terapeuta. Reaparece la ambivalencia y los primeros indicios de desengaño. Pueden reaparecer los síntomas y todo ello sobre un fondo general de pesimismo. Se está en la sexta o séptima sesión y la característica de todo punto medio es que un solo paso adelante significa el no poder volver atrás. La confrontación que el paciente trata de evitar es la misma que sufrió ya antes en su vida: la separación del objeto (el terapeuta ha devenido alguien importante para él y le percibe con intensa ambivalencia). Aparece la resistencia expresada en impuntualidad, ausencias y sutiles manifestaciones de transferencia negativa. Se acerca el final del tratamiento. La necesidad de negar y rechazar la separación se manifiesta regularmente en la represión por el paciente de la fecha de terminación.
- Las **últimas tres o cuatro sesiones** deben dedicarse insistentemente a la reacción del paciente respecto a la terminación. Es en esta última fase donde tendrá lugar el trabajo definitivo de resolución y donde se llegarán a comprender los acontecimientos dinámicos que han



precedido a esta fase y que han sido experimentados en forma tan concentrada e intensa. La fase de terminación en este procedimiento limitado en el tiempo tiene una intensa carga afectiva. Es difícil, tanto para el paciente, como para el terapeuta. Y pueden aparecer resistencias en este último, que se pueden manifestar no sólo en evitar las reacciones del paciente a la terminación, sino en mensajes dirigidos a él comunicándole que realmente la sesión duodécima no será la última.

Este modelo terapéutico requiere del terapeuta flexibilidad, actividad, capacidad de relación, espontaneidad, y todo ello sobre la base de un esquema referencial psicoanalítico.

Otras terapias dinámicas breves plantean también la necesidad de convertir el análisis de las reacciones del paciente frente a la brevedad del tratamiento y los sentimientos de separación y pérdida, en un «foco secundario». A modo de ejemplo, citaremos a Farré, Hernández y Martínez (1992) o a Safran (2003). Presentan el trabajo con este foco secundario como una parte central del tratamiento y de su exitosa finalización.

6. APLICACIONES

6.1. Selección de pacientes

Es muy difícil presentar una visión sintética de un panorama tan amplio como éste, de la selección de pacientes, las indicaciones y contraindicaciones para la psicoterapia focal. Dado que los modelos son tan variados, también las características que deben tener sus usuarios lo son. Por ello nos vamos a limitar a señalar algunos criterios comunes y algunos pocos diferenciales que correspondan a autores muy reconocidos en el tema.

En primer lugar señalaremos *lo común de la forma de operar* en cuanto a la selección:

- La importancia concedida a la evaluación del paciente (diagnóstico amplio y complejo) para establecer de forma adecuada la indicación terapéutica y la selección del paciente.
- Con este fin, realización de una larga entrevista (para Davanloo puede ser de varias horas) que no tiene por qué ser efectuada por el miembro del equipo que vaya a ser el terapeuta.

- El valor del trabajo en equipo para el establecimiento del foco, las modalidades de intervención y para el seguimiento del caso.
- Un elemento muy importante: evaluar la características de la relación y de la posible transferencia (Winokur y Dasberg, 1985).

La propuesta de mayor repercusión sobre criterios de elección de los pacientes adecuados la efectúa Sifneos (*véase Cuadro 4*), ya que reúne factores que suelen estar presentes en casi todos los autores que han escrito sobre la psicoterapia breve: la capacidad del sujeto para establecer relaciones (vínculos afectivos), en general, y con el terapeuta en particular. Esta condición, que en la psicoterapia prolongada puede ser, no condición, sino primer objetivo a conseguir (Fiorini, 1993), es el «umbral» de toda psicoterapia. Sin el caldo de cultivo de una sólida relación no puede llevarse a cabo intervención alguna. Se trataría no sólo de experimentar la relación sino también de tener la «sutileza psicológica» para reparar en ella y comprenderla.

De ahí que varios de los criterios traten de establecer esto: si el sujeto ha tenido, en el pasado, relaciones significativas y si puede establecerlas, ahora, con el terapeuta.

Otro criterio fundamental es su capacidad para entrar en contacto con su mundo afectivo, con sus emociones y sentimientos, con los posibles componentes psicológicos de sus trastornos, sean éstos del tipo que sean. Y si ese contacto le despierta curiosidad y encuentra en ello una fuente de motivación para el tratamiento.

Pero no se trata sólo de estar motivado «intelectualmente» para la comprensión de sus problemas, sino para que esa comprensión desemboque en un cambio efectivo, haciendo frente a la ansiedad que todo cambio despierta y a las correspondientes resistencias al mismo. Sabiendo además que, conseguir el cambio, va a requerir un importante esfuerzo (que nos parece más adecuado que la idea de «sacrificio»). Finalmente, un criterio absolutamente común a todos los autores: la capacidad del paciente (capacidad que también habrá de tener el terapeuta y no es fácil de tener) para circunscribir (focalizar) los problemas presentados.

Cuadro 4. Indicaciones de la Psicoterapia Breve y selección de los pacientes adecuados**Selección de los pacientes****Los criterios de Sifneos:**

En general se reconoce que **Sifneos** es uno de los teóricos de la psicoterapia que más ha cuidado la selección de pacientes para su *psicoterapia breve con provocación de angustia (STAPP)*. Los pacientes son cuidadosamente seleccionados en función de cinco criterios:

- Que sea capaz de **circunscribir** los problemas presentados.
- Que haya mantenido por lo menos una **relación significativa** en su infancia.
- Que establezca una relación flexible con el evaluador, siendo de capaz de **experimentar y expresar los sentimientos**, positivos y negativos.
- Que sea medianamente inteligente y posea **sutileza psicológica** para comprender las interacciones terapéuticas.
- Que esté **motivado para cambiar** y no se limite a esperar que la terapia, sola, alivie su síntoma (Sifneos, 1993).

Respecto a este último criterio, **la motivación para el cambio**, también diríamos que es la propuesta de Sifneos aquella a la que más referencias se suelen hacer. Aplica siete criterios:

- Disposición a **participar activamente** en el proceso de evaluación.
- **Sinceridad** al informar acerca de sí mismo.
- Capacidad para **reconocer el origen psicológico** de los síntomas.
- **Introspección y curiosidad** acerca de sí mismo.
- **Apertura** a las ideas nuevas y **disposición** para cambiar, explorar y experimentar.
- **Expectativas realistas** sobre los resultados.
- Disposición a hacer un **sacrificio** tangible (Sifneos, 1993).

Los criterios de Malan:

La propuesta de Malan (1983) tiene el interés que, de los cuatro criterios principales que señala, dos se refieren a condiciones del paciente, y otros dos a reacciones del terapeuta a ese paciente:

- La capacidad y disposición del paciente para analizar sentimientos.
- La capacidad del paciente para trabajar en una relación terapéutica basada en la interpretación.
- Que el paciente «haga sentir al terapeuta que entiende (el terapeuta) la naturaleza de sus problemas reales en términos dinámicos».



- «En consecuencia, el terapeuta puede estar en condiciones de formular algún tipo de plan terapéutico» en términos limitados (Malan, 1974; p. 221).

Obsérvese que dos criterios corresponden al paciente y dos al terapeuta. Pero, en realidad, de los que hacen referencia al terapeuta también se hace responsable al paciente. O más bien a la relación: que la relación sea tal que el terapeuta pueda comprender psicodinámicamente y construir un plan terapéutico.

Criterios de Balint (1986) para la indicación de Terapia Focal en un paciente:

- Capacidad de *ese* paciente para establecer una colaboración terapéutica con *ese* terapeuta. Más específicamente: predecir una **alianza terapéutica sólida** entre ambos, suficientemente fuerte para soportar las tensiones que esa terapia pueda causar. Por tanto, no habrá que medir la alianza en términos absolutos, sino en función de los requerimientos de la situación y objetivos concretos. Balint identifica esta capacidad con la motivación.
- **Carácter egodistónico del trastorno** del paciente, que no ha sido aceptado e incorporado al yo. Es decir, que haya una decidida motivación para el cambio.
- Capacidad del paciente para aceptar **interpretaciones de prueba**
- Que haya bastante **coincidencia entre los informes** del psicólogo que hace las pruebas diagnósticas y el terapeuta que mantiene la primera o primeras entrevistas con vistas a la posibilidad del tratamiento focal: coincidencia que nos podría informar acerca de la cualidad coherente o disociada del yo del paciente, en sus relaciones con los otros, que a su vez puede ser contrastada en la supervisión.
- Que sea posible **encontrar un foco en las primeras sesiones**. Es decir, la ya mencionada capacidad de ambos para circunscribir el material a un tema central o foco.

Criterios de E. Braier (1984):

Formula las siguientes pautas de indicación que, como puede verse, incluyen algunas características de la patología del paciente y ciertos rasgos de personalidad:

- Trastornos de iniciación reciente y aguda, problemas de su realidad actual, crisis vitales y lo que podríamos llamar «malestares de la vida cotidiana» (Corresponde esta denominación a aquellos problemas y vivencias conflictivas, de naturaleza psicológica, producidos en general por las condiciones de nuestra vida cotidiana actual, que, no alcanzando un carácter de clara patología, sin embargo al sujeto le



producen malestar y sufrimiento continuos: tensiones en el trabajo, el estrés habitual, la contaminación de todo tipo, las dificultades en la comunicación familiar y de pareja, etc.)

- Patología leve (manifestaciones neuróticas).
- Fuerza y plasticidad del yo.
- Personas de edad avanzada, para quienes establecer un compromiso a largo plazo, podría resultar dificultoso y constituiría un posible obstáculo a su motivación y disponibilidad.
- Motivación para el cambio.
- Capacidad de insight.
- Capacidad para la focalización.
- Pacientes con dificultades, del tipo que sea, para una terapia prolongada.
- Paso previo para una terapia prolongada. Puede ser la modalidad de intervención indicada en casos de personas que ya realizaron en su día una terapia prolongada. Ahora les ha surgido algún problema que no aciertan a enfocar y resolver, pero no desean volver a comprometerse en una terapia larga.

Criterios de James Mann (1973):

La psicoterapia breve puede ser el método de elección para muchos hombres y mujeres, sobre todo en la adolescencia tardía. Especialmente estudiantes universitarios con variados síntomas psicológicos y somáticos que se encuentran en una crisis de maduración, con problemas relacionados con su carrera, o problemas de independencia, identidad, y, en general, en procesos de separación-individuación.

Criterios de H. Davanloo:

Las características de la terapia de «desactivación del inconsciente» que propone **Davanloo**, incluye la continua confrontación, el desmantelamiento de las defensas del paciente, el rastreo constante y coercitivo de sus sentimientos, hacen necesario cuidar mucho la selección de pacientes, pues sólo algunos soportan un tratamiento de estas características. Señalaremos algunos criterios que hacen referencia a esas características:

- Capacidad para movilizar estados emotivos.
- Capacidad para soportar afectos intensos.
- Deben tener un nivel intelectual por encima de la media para afrontar los problemas intelectuales ligados a la terapia.
- Poseer una buena organización del yo. Éste no debe ser demasiado rígido para permitir el desmantelamiento aludido, pero ha de ser suficientemente sólido para soportar las provocaciones y desafíos del terapeuta (Davanloo, 1992; Malugani, 1990).



6.2. Las contraindicaciones

Nos encontramos con la misma variedad que al hablar de las indicaciones y la selección de pacientes. Los criterios son muy diversos. Ahora bien, unos criterios generales y bastante comunes son:

- La presencia de trastornos o conformaciones caracterológicas que hagan difícil la aceptación y mantenimiento de unas peculiaridades de este tratamiento: tiempo limitado, trabajo focal, etc.
- Características de personalidad que no permitan el establecimiento rápido de un vínculo y de una sólida alianza terapéutica.
- Así, las personalidades esquizoides, trastornos psicóticos en general, enfermos psicossomáticos, depresiones severas, los neuróticos obsesivos graves, trastornos narcisistas, personas excesivamente dependientes, como tampoco los casos más graves de incapacidad para tolerar las relaciones de objeto; escasa tolerancia a la ansiedad y la frustración, etc.

7. EVALUACIÓN DE LA PSICOTERAPIA FOCAL

Braier (1984) propone un complejo método personal de evaluación (inmediata y mediata), que se apoya en el retest psicodiagnóstico y, sobre todo, en la valoración clínica del terapeuta, pero que tiene el interés de intentar cuantificar de forma ponderada los resultados de la psicoterapia focal y breve. Incluye los siguientes parámetros a tener en cuenta:

- Insight de la problemática focal.
- Resolución de la problemática focal.
- Mejoría sintomática.
- Conciencia de enfermedad.
- Autoestima.
- Otras modificaciones favorables (vida sexual; relaciones de pareja; otras relaciones interpersonales; estudios; trabajo; ocio).
- Proyectos de futuro.

El procedimiento evaluador de Sifneos (1993) es también un intento, creemos que interesante, de dar una dimensión numérica a la observación clínica. En las entrevistas de seguimiento, en la que los evaluadores se valen de la utilización de vídeos, aplican los siguientes ocho criterios para investigar los resultados:

- Mejoría de los síntomas psicológicos.
- Mejores relaciones interpersonales.
- Mayor autocomprensión.
- Evidencias de aprendizaje.
- Desarrollo de estrategias para resolver problemas.
- Aumento de la autoestima.
- Mejor desempeño en la actividad propia (trabajo, estudio, etc.).
- Desarrollo de nuevas actitudes útiles.

Cada ítem es valorado de -2 (peor) a +7 (recuperado). La media es luego promediada, a su vez, con otra variable: la «predisposición interna específica», que se refiere a la «vulnerabilidad psicológica del paciente en función de los factores predisponentes que generaron sus problemas», puntuada con la misma escala (Sifneos 1993, p. 260). La media final indica la consideración en cuanto a la situación en la sesión de seguimiento.

El modelo de Davanloo, *Psicoterapia Dinámica Breve*, no incluye procedimiento propio de evaluación como los anteriores, pero sí se han realizado estudios acerca de su efectividad. En Winston et Al. (1991) se informa de un estudio realizado con pacientes diagnosticados de «trastornos de personalidad», asignados a dos grupos experimentales, más un grupo control, donde no solo remitieron los síntomas, sino que obtuvieron mejoras importantes en sus relaciones interpersonales y su adaptación social, a pesar de la duración y tenacidad de sus trastornos caracteriales. En este estudio los cambios se atribuyen a factores técnicos que incluyen la intensa actividad del terapeuta, el mantenimiento del foco terapéutico y, en los pacientes con más dificultades interpersonales de base caracterial, a la frecuencia de confrontación de defensas y movilización de afectos y sentimiento.

Poch y Maestre (1994) y Gabbard (2002) informan sobre el meta-análisis realizado por Crits-Christoph (1992) que encontró que el paciente promedio de terapia dinámica focal-breve mejoró un 86% más que los pacientes de lista de espera.

Otros autores, como Balint (1972), Malan (1983), Luborsky (1984), Weiss y Sampson (1986), Strupp y Binder (1993), Horowitz (1976, 1984), han propuesto modelos de psicoterapia dinámica breve insertos, en mayor o menor medida, en programas de investigación que han dedicado, por tanto, una parte sustancial a mostrar el grado de efectividad de

sus respectivos modelos (*véase Capítulo 14*). Terminaremos este apartado subrayando dos cuestiones especialmente significativas para la operatividad de la psicoterapia breve: a) La calidad de la relación terapeuta-paciente es un factor más importante para los resultados que las técnicas empleadas (Winokur y Dasberg, 1985); y b) la posibilidad de realizar predicciones fiables, ya en las primeras entrevistas, sobre el éxito que tendrá el tratamiento, dependiendo de si hay o no adecuada motivación del paciente y de la calidad de sus relaciones interpersonales (Strupp y Binder, 1993).

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se justifica la necesidad e importancia de la psicoterapia focal y estratégica desde una perspectiva histórica (la importancia del trauma real en el origen de la patología, así como la necesidad de atender a pacientes no neuróticos) y también desde ciertas condiciones actuales que requieren una respuesta psicoterapéutica amplia y variada. Tras exponer el concepto de foco, en sus tres acepciones (foco temático, foco estratégico u operativo, foco descriptivo de situación), se analizan ampliamente las técnicas fundamentales de esta modalidad de psicoterapia: la elección y trabajo del foco, la limitación de objetivos y el trabajo sobre el factor tiempo, que hace posible la duración limitada. Finalmente se han revisado las condiciones en que puede aplicarse y se aportan algunas ideas para una evaluación de sus efectos. La psicoterapia focal, limitada en sus objetivos, y orientada estratégicamente, es la herramienta de elección ante un buen número de demandas que se presentan en la clínica actual.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA Y LECTURAS RECOMENDADAS

BALINT, M.; ORNSTEIN, P. H. y BALINT, E. (1986). *Psicoterapia focal*. Buenos Aires: Gedisa. [Original de 1985: *Focal Psychotherapy*, Wivenhoe: Mark Paterson & Associates].

Es la obra de referencia más citada, de obligada consulta porque incluye los principales conceptos.

BRAIER, E. (1984). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.

En especial léase: «Dos tratamientos breves»: [uno ejemplifica el método terapéutico de objetivos limitados (pp. 197-209); el otro, la profundización en el foco (pp. 210- 227)].

DAVANLOO, H. (1992). *Psicoterapia breve*. Madrid: Dor.

Texto de referencia sobre la técnica de «desactivación del inconsciente».

FARRÉ, L.; HERNÁNDEZ, V. y MARTÍNEZ, M. (1992). *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve. Una experiencia clínica con psicoterapia a tiempo limitado*, Barcelona: Paidós.

Esta obra recoge una exposición clara y sintética del Modelo Tavistock (Balint, Malan) y proporcionad dos casos completos.

FIORINI, H. J. (1977). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.

En especial léase: «El concepto de foco», pp. 87 a 92 (I: Estructura del foco, seguimiento de los casos de Ernesto y Andrea).

- MALAN, D. H. (1983). *Psicoterapia Breve*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1963: *A study of Brief Psychotherapy*, Londres: Tavistock Publications Limited].
Obra de referencia sobre el modelo Tavistock actual.
- MALUGANI, M. (1990). *Las psicoterapias breves*. Barcelona: Herder.
Da una perspectiva general histórica y conceptual del ámbito de las psicoterapias breves, con una exposición resumida de los principales modelos.
- SIFNEOS, P. (1993). *Psicoterapia breve con provocación de angustia*. B. Aires: Amorrortu. [Original de 1992: *Short-Term Anxiety-Provoking Psychotherapy. A Treatment Manual*, N. York: Basic Books].
Sifneos es uno de los autores más importante, y recoge abundantes ejemplos clínicos.
- STRUPP, H. H. y BINDER, J. L. (1993). *Una nueva perspectiva en psicoterapia. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado*. Bilbao: Desclée de Brouwer. [Original de 1989: *Psychotherapy in a new key a guide to time-limited dynamic psychotherapy*. Nueva York: Basic Books].
A partir de las investigaciones de la Universidad de Vanderbilt, surge este modelo de psicoterapia breve que ha tenido un gran impacto posterior.

ACTIVIDADES

1. Lectura y comentario de un caso y su tratamiento: Modelo multimodal
Estudio y comentario del caso: «Un caso clínico analizado desde una perspectiva multimodal» (Un caso desde una óptica focal y de objetivos limitados). Incluido en: Corsi, J. (1994). *Psicoterapia Breve Multimodal*, Buenos Aires: Tekné.
2. Lectura y comentario de un caso y su tratamiento: Modelo Kleiniano
Trabaje con el «Caso A», pp. 41-110 (un tratamiento focal estratégico en una línea kleiniana). Incluido en: Farré, L.; Hernández, V. y Martínez, M. (1992). *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve. Una experiencia clínica con psicoterapia a tiempo limitado*, Barcelona: Paidós.
3. Lectura y comentario de un caso y su tratamiento: Modelo STAPP
Trabaje con el apartado: «Demostración técnica de la STAPP», pp.185-253. (Un ejemplo de foco temático desde el modelo de Sifneos). Incluido en: Sifneos, P. (1993). *Psicoterapia breve con provocación de angustia. Manual de tratamiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
4. Lectura y comentario de un caso y su tratamiento: Modelo PDTL
Trabaje con el epígrafe: «Historia de casos que ilustran el enfoque de PDTL», pp. 181-229. (Un caso tratado de acuerdo a las conclusiones del

Proyecto Vanderbilt). Incluido en: Strupp, H. H. y Binder, J. L. (1993). *Una nueva perspectiva en psicoterapia. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

Responda a las siguientes preguntas, a partir de la valoración del siguiente caso:

Clara es una joven de 17 años enviada al Servicio de Salud Mental, desde un hospital, en cuyo Servicio de Urgencias ingresó unos días antes, tras un intento de suicidio por ingestión de pastillas. En el Hospital opinan que no parecía haber en ella una clara y decidida intención de matarse. Le cuenta al psicólogo que la atiende «que se le ocurrió a raíz de decirle (el chico con el que sale) que quería interrumpir la relación». Dice que está aquí porque le ha traído su padre, con el que no vive, pero que ella no tiene interés en hacer nada. «Me da lo mismo vivir que morir». El psicólogo indaga acerca de la relación interrumpida y la paciente dice que este chico lo significaba todo para ella. No tiene amigas. En casa —vive con la madre y un hermano— «no hay quien esté...»; la madre y ella «siempre se han llevado fatal». Ahora, al separarse del marido, la madre se apoya en el hermano y ambos se enfrentan a ella. Del padre dice «que es estupendo» y que sabe poco de él. «Hace su vida: nueva pareja, etc».

1. En este momento del caso ¿qué te parece prioritario?
 - a) ¿Escoger el tema en que profundizar en la información recogida?
 - b) ¿Poner el énfasis en generar alianza terapéutica?
 - c) ¿instaurar normas que le ayuden al paciente a evitar el suicidio?
2. ¿Le parece prematuro establecer un foco? ¿Por qué?
 - a) Sí, porque es previo establecer una sólida alianza terapéutica.
 - b) Sí, porque la paciente no está todavía suficientemente motivada para el cambio.
 - c) No, puede y debe establecerse lo antes posible.
3. ¿Qué aspectos de lo dicho por la paciente te parecen más significativos para un posible foco?
 - a) ¿El intento de suicidio?
 - b) ¿La relación rota?
 - c) ¿La separación de los padres?

4. ¿Hay otros aspectos de lo dicho por la paciente, significativos para un posible foco?
 - a) ¿La soledad de la paciente y su ansiedad de abandono?
 - b) ¿Su actitud de indiferencia?
 - c) ¿La relación actual con el padre, la madre y el hermano?
5. Se puede establecer el foco, combinando varios temas de conflicto. Entre ellos...
 - a) ¿La soledad de la paciente y su actitud de indiferencia?
 - b) ¿La relación actual rota y la separación de los padres?
 - c) ¿El intento de suicidio y la relación actual con el padre, la madre y el hermano?
6. Entre los criterios de adecuación para la psicoterapia breve, en este caso se cumplen:
 - a) Que ha mantenido por lo menos una relación significativa en su infancia.
 - b) Establece una relación flexible con el evaluador, siendo capaz de experimentar y expresar los sentimientos, positivos y negativos.
 - c) Está claramente motivada para el cambio mediante la terapia.
7. Si se aplica el modelo de James Mann a este caso, ¿cuántas sesiones se celebrarán?
 - a) veinte
 - b) seis
 - c) doce

RESPUESTAS CORRECTAS

1. b) 2. c) 3. b) 4. a) 5. b) 6. a) 7. c)

Capítulo 11

Psicoterapia psicodinámica vincular: Integración de modelos psicoanalíticos

Alejandro Ávila Espada y Carlos Rodríguez Sutil

Guión-Esquema

Objetivos

1. Introducción
2. Psicoterapia Psicodinámica Vincular: principios conceptuales
 - 2.1. Conceptos fundamentales
 - 2.2. Otros conceptos relevantes
3. Elementos de técnica vincular
 - 3.1. Proceso terapéutico
 - 3.2. Estrategias técnicas
 - 3.3. Técnicas específicas
4. Perspectivas: Integración de modelos psicoanalíticos desde una perspectiva vincular

Resumen y conclusiones

Bibliografía básica y Lecturas recomendadas

Actividades

Ejercicios de autoevaluación

Palabras clave

Vínculo, vínculo fundante, grupo interno, emergente.

GUIÓN-ESQUEMA

La psicoterapia psicodinámica vincular es una perspectiva contemporánea que surge como evolución del psicoanálisis, a partir de un cruce de influencias. Aunque surgida del psicoanálisis de inspiración kleiniana, asume una explicación social del origen de los procesos psíquicos, y se compromete con la aplicación de los conceptos y técnicas psicoanalíticas al servicio de las necesidades de la comunidad. El sujeto de la psicoterapia vincular es un sujeto eminentemente social.

La teoría del vínculo, más tarde conocida como *perspectiva vincular en psicoanálisis*, cristaliza en torno a una serie de autores argentinos —cuyo exponente más destacado es Enrique Pichon Rivière— que recogen tanto la tradición kleiniana europea como los planteamientos críticos del freudomarxismo; son autores que están preocupados por que el psicoanálisis no quede al margen de las preocupaciones sociales, y que trazan las bases de lo que posteriormente se constituirá como perspectiva vincular en psicoanálisis. Esta perspectiva se organiza en torno al concepto central de vínculo. El vínculo es el origen de la diferenciación psicológica, merced a la introyección en el infante de sus tres elementos: el self, el objeto y la relación que se produce entre ellos. Esos primeros vínculos son los vínculos fundantes, los vínculos posteriores son reactualizaciones más, o menos modificadas, de esos primeros (por ejemplo, la transferencia), y en conjunto forman la estructura de la personalidad con sus diferentes prototipos, entendidos éstos como estructuras semipermanentes, estructuras que abarcan las conductas automatizadas e inconscientes.

Además del concepto de vínculo, esta perspectiva aporta otras nociones claves para entender la construcción de la personalidad y su patología, así como su eventual cambio por medio de la psicoterapia. Entre los conceptos que tienen importancia estratégica está el de Esquema Conceptual Referencial Operativo (E.C.R.O.), grupo interno, portavoz y emergente. Tomada del pensamiento kleiniano, pero como un desarrollo de la teoría de las posiciones, la perspectiva vincular propone una reconsideración de las posiciones esquizoide y depresiva, añadiendo una posición intermedia, la confusional; el concepto de núcleos de la personalidad de base es junto a la propuesta de Bleger de áreas de la conducta, la base para una teoría de prototipos de la personalidad de reciente desarrollo.

En cuanto a la técnica de la psicoterapia, la perspectiva vincular aporta una concepción del proceso terapéutico basado en el trabajo del vínculo transferencial y la consideración del vínculo terapéutico como contexto intersubjetivo, al que se aplican además los conceptos pichonianos de fases del trabajo grupal (Pre-tarea, tarea y proyecto). La contratransferencia es un vector clave del trabajo clínico, en sus vertientes de consonancia, disonancia y resonancia. La tarea de la psicoterapia vincular es la construcción de un ECRO común tera-

peuta-paciente, condición necesaria para establecer una comunicación a partir de la afinidad de los esquemas referenciales de emisor y receptor. Es un proceso de aprendizaje en el que aprenden tanto el terapeuta como el paciente.

Finalmente se aborda la problemática de si la perspectiva vincular puede ser un soporte para la integración de diferentes enfoques teóricos en psicoanálisis, y una consideración de en qué medida evolucionarán sus propuestas.

OBJETIVOS

Al finalizar el estudio de este capítulo, el lector/a debería ser capaz de:

1. Comprender la entidad teórica de la perspectiva vincular en psicoanálisis, identificando sus aportaciones conceptuales fundamentales: Vínculo, grupo interno, portavoz, emergente, ECRO, Núcleos de la personalidad de base.
2. Diferenciar las propuestas técnicas que hacen diferir esta perspectiva de la técnica clásica en psicoanálisis. Es decir, las diferencias en cuanto a la concepción del proceso terapéutico, las estrategias, las técnicas y la manera especial de usarlas.
3. Debatir acerca de si esta perspectiva puede ser una base para la integración de diferentes perspectivas psicoanalíticas, y cual serían los conceptos y propuestas clave para esa integración.

1. INTRODUCCIÓN

El enfoque vincular se origina en Argentina, con autores de evidente influjo social, de inspiración —en algún caso— marxista, y de formación kleiniana, como Enrique Pichon-Rivière, José Bleger, Hernán Kesselman y Antonio Caparrós, entre otros. En muchos sentidos se les puede considerar continuadores de la teoría de las relaciones objetales, iniciada por Melanie Klein (1932, 1935, 1957), Fairbairn (1940a, 1940b, 1943, 1944) y Winnicott (1951, 1955, 1956, 1973), pero también realizaron relevantes aportaciones novedosas y radicalizaron el enfoque social de la teoría.

La psicoterapia vincular supone un replanteamiento del psicoanálisis desde una perspectiva externalista (frente a la concepción «intrapsíquica» dominante), anti-cartesiana (no esencialmente mentalista) e intersubjetiva (determinada recíprocamente por la bidireccionalidad de los vínculos interpersonales). A semejanza de los representantes del psicoanálisis relacional e intersubjetivo que han sido expuestos en el *Capítulo 6*, la teoría vincular destaca que el campo intersubjetivo no es un modo de obtener experiencias ni de compartirlas, sino la precondition para alcanzar cualquier experiencia (Cf. Stolorow et al., 2001, p. 474).

Enrique Pichon-Rivière (1975, 1979), a quien sin duda hay que honrar como el fundador de la teoría, acuñó los conceptos de **vínculo** y **vínculo fundante**, con una pretensión integradora de lo psicológico y lo social. En consecuencia, el enfoque vincular ha florecido en la psicoterapia de grupo, con las concepciones del grupo operativo, y de grupo familiar, prefigurando algunos descubrimientos de la escuela familiar sistémica como, entre otros, el de paciente identificado —llamado aquí «portavoz»— o el valor patologizante de los secretos familiares (Pichon-Rivière, 1975, 1979; Kesselman, 1986).

El síntoma se define por su naturaleza interaccional, y se articula con su causa, sentido y finalidad. Como cualquier otra conducta, el sín-

toma cobra significado desde el vínculo. Es, por tanto, un *emergente*, de la estructura vincular. Por su parte, el enfermo mental es el «depositario» de las ansiedades de su grupo familiar, donde se encuentran los «depositantes». Y lo que «depositan o lo depositado» son precisamente esas ansiedades. Mediante esta *Teoría de las tres D* (depositado-depositante-depositario) se intenta reflejar la relación de causalidad dialéctica entre la estructura y la dinámica del grupo familiar y la estructura dinámica del grupo interno o mundo interno del portavoz (Kesselman, 1986). El portavoz es aquel que dice o hace algo en un momento determinado, algo que, como en una estructura gestáltica se destaca del fondo, y eso que dice o hace —el emergente— es el signo de un proceso grupal que estaba latente. Habitualmente el portavoz desconoce el significado de lo que está enunciando.

Finalmente citaremos las aportaciones de Kesselman (1977) y otros autores a la clasificación de los prototipos de la personalidad (Ávila Espada, Rodríguez Sutil y Herrero Sánchez, 1997; Caparrós Sánchez, 1992; Rodríguez Sutil, 1995a, 2002). La psicopatología vincular se centra en las estructuras de carácter, como patrones básicos de relación interpersonal, o modos de vincularse con el entorno humano y clasifica estos patrones a partir de los núcleos de la personalidad de base, concepto inspirado en las posiciones kleinianas pero, como veremos, con importantes variantes. El diagnóstico según los prototipos de la personalidad también posee, tanto en la psicoterapia individual como en la grupal, consecuencias relativas a la forma de enfocar la psicoterapia en cada caso concreto.

2. PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA VINCULAR: PRINCIPIOS CONCEPTUALES

2.1. Conceptos fundamentales

2.1.1. Vínculo y Vínculo Fundante

El desarrollo del sujeto humano comienza con la internalización de las relaciones de objeto en el yo temprano de la fase simbiótica (Mahler, 1952, 1958, 1967; Bleger, 1967; Kernberg, 1977; entre otros). Al principio se produce la internalización de representaciones fusionadas del yo y del objeto, en estados de extrema emocionalidad, donde tanto el yo como el objeto son vividos como totalmente buenos o totalmente malos. Son, por tanto, las modificaciones internas (necesidad-gratificación) las que, paralelamente a un entorno gratificante-frustrante, forman la estructura del aparato psíquico, a partir de una ‘organización’ inicialmente indiferenciada.

Conviene destacar que hemos partido del concepto de «simbiosis», frente a las concepciones freudianas de «autoerotismo» y «narcisismo primario», que sugieren una pervivencia autónoma del sujeto desde su nacimiento, con una separación ontológica del interior y el exterior influida por el racionalismo egocéntrico (Descartes, Kant). Sólo se acepta el narcisismo primario según la versión de Winnicott: «En el narcisismo primario el medio sostiene al individuo y éste, *al mismo tiempo*, no conoce ningún medio y está fundido con él» (1955, p. 378).

La perspectiva vincular estaría igualmente en desacuerdo con la existencia de un yo, más o menos primitivo, desde el origen del individuo, sugerido por Melanie Klein o Ronald Fairbairn, entre muchos otros. Bien al contrario, el vínculo social nos forma y constituye desde dentro y desde fuera, siempre en el contexto humano. O, siguiendo a Pichon-Rivière, diremos que se da una dialéctica intersubjetiva que configura un sistema vincular —fundante entre necesidad y satisfacción— donde el sujeto se define como emergente (1975, Cf. Pampliega, 1980, p. 550). El vínculo es el origen de la diferenciación psicológica, merced a la introyección en el infante de sus tres elementos: el self, el objeto y la relación que se produce entre ellos. Esos primeros vínculos son los vínculos fundantes, los vínculos posteriores son reactualizaciones más, o menos modificadas (por ejemplo, la transferencia), de esos primeros, y en conjunto forman la estructura de la personalidad con sus diferentes prototipos, entendidos éstos como estructuras semi-permanentes, estructuras que abarcan las conductas automatizadas e inconscientes (Rodríguez Sutil, 1995a).

El vínculo es establecido por la totalidad de la persona y no por el yo, ello o superyo, sino que es anterior y promotor de toda organización tópica.

Cuando afirmamos que los vínculos fundantes forman la estructura de la personalidad, o del «carácter», estamos al mismo tiempo sugiriendo que son en buena medida inconscientes, pues el sujeto suele desconocer el «estilo» de sus pautas de relación interpersonal. Sin embargo no son inconscientes como una idea o deseo reprimido, que puede surgir en la conciencia con cierta «facilidad» mediante la asociación libre y la interpretación sino que, por decirlo así, forman el sistema psíquico que permite toda represión, por lo que se sitúan en el registro de la *represión primaria*. Cuando se decida emprenderla, la remodelación de esta estructura será, por tanto, más lenta y dificultosa, entorpecida por defensas muy asentadas en el modo de vida. Una forma de acercarse a los vínculos fundantes pasa por la consideración de las atribuciones familiares más consabidas y menos cuestionadas, cuajadas en etiquetas lingüísticas ins-

critas como identidad: listo, tonto, vago, hábil, manitas, chulo, agresivo, dependiente, etc.

2.1.2. Grupo Interno

Por grupo interno se entiende la reconstrucción de la trama relacional de la que emerge el sujeto, y que permite un ajuste progresivo entre el interior y el exterior, la comunicación y el aprendizaje. Según Pichon (1975, 1979), el grupo interno es un conjunto de relaciones sociales internalizadas, es decir, que han pasado de fuera a dentro y están en permanente interacción con el exterior. Podríamos entender, por tanto, que el grupo interno es equivalente a los vínculos fundantes internalizados. Ahora bien, desde nuestra crítica más radical de la perspectiva egocéntrica o del dualismo cartesiano (Rodríguez Sutil, 1998, 2002), afirmamos que la denominación «grupo interno» sólo puede entenderse como metafórica. Siguiendo en esto al segundo Wittgenstein, precursor de la postmodernidad, sugerimos que no hay entidad interna que no necesite mostrarse en el exterior, en el «flujo de la vida», para ser real. En consecuencia, consideramos que el grupo interno son modos aprendidos, patrones de relación con el entorno familiar y social que se muestran en la práctica cotidiana.

En esos patrones de relación es donde se expresa de forma prioritaria la patología. Advierte Hernán Kesselman (1986), al explicar la teoría de las «tres D», antes citada, que ya no se puede trabajar con la nosología psiquiátrica clásica, sino que hay que hablar de vínculos psicopatológicos: vínculos melancólicos, vínculos esquizofrénicos, vínculos confusos (p. 509), según se depositen al *Sí mismo* o al *Otro*, respectivamente las connotaciones buenas y malas. La representación del Sí mismo connotada negativamente y la del Otro positivamente, en el vínculo melancólico; viceversa en el vínculo esquizofrénico; o insuficiente o ambivalentemente definida en el confuso.

2.1.3. Emergente

El punto de partida de Pichon-Rivière es la observación de cómo *emerge* la enfermedad mental en el grupo familiar. El enfermo identificado es portavoz y emergente de un grupo familiar enfermo. Al mismo tiempo es emergente el síntoma y aquello que el sujeto hace o dice en la sesión, algo que, como decíamos, se destaca del fondo por su significatividad. Eso que dice o hace —lo emergente— es el signo de un proceso grupal que estaba latente. Normalmente el portavoz desconoce el significado de lo que está enunciando y es el terapeuta el que se lo muestra con la interpretación y el señalamiento. Las primeras palabras de una entre-

vista o de una autobiografía, salvo en casos de defensividad extrema, tras un análisis hermenéutico minucioso, suelen ser un instrumento fascinante para captar la peculiar forma de estar en el mundo del sujeto que nos habla.

La psicoterapia vincular comparte con Winnicott (1955) la idea de que todo proceso terapéutico realmente productivo implica la regresión, que concebimos como la desestructuración mental del paciente —o del grupo— como paso necesario para una reestructuración más satisfactoria.

En este sentido el emergente es algo que existe. Berstein (1993) recuerda que la etimología de «existir» proviene del infinitivo latino «*exsistere*», que quiere decir: «salir, dejarse oír, nacer, elevarse por encima de». Así, el emergente, cuando es respuesta a una interpretación previa, indica una cierta reorganización, una desestructuración y vuelta a estructurarse de la vida psíquica.

2.1.4. Esquema Conceptual, Referencial, Operativo

Otro concepto relevante aportado por Pichon es el de E. C. R. O. (Esquema Conceptual, Referencial y Operativo), con el que opera en el campo de la Psicología Social y en la práctica de la terapia de grupo e institucional (Pichon-Rivière, 1975, 1979). La **E** designa a Esquema, entendido éste como conjunto articulado de conocimientos. Concibe el esquema conceptual como un sistema de ideas que alcanzan una vasta generalización, y cita a Kurt Lewin: «Nada hay más práctico que una buena teoría». Podría entenderse que el ECRO es un modelo, y como tal permite la comprensión de cada hecho particular desde una organización o articulación de conceptos universales.

El término «referencial» alude al segmento de realidad sobre el que se piensa y opera, así como los conocimientos relacionados con ese campo o hecho concreto a los que nos vamos a referir en la operación. La operatividad representa lo que en otros esquemas el criterio tradicional de verdad (adecuación de lo pensado o enunciado con el objeto). No obstante, en los últimos trabajos (cf. Rodríguez Sutil, 1998, 2002) se ha cuestionado esta versión de la verdad, en cuanto *correspondencia*, como la única o más adecuada para reflejar el fenómeno psicoanalítico, ante la verdad como *descubrimiento*, actualizada sobre todo por las filosofías hermenéuticas del pasado siglo: Heidegger, Gadamer, Ricoeur. Conviene recordar una tercera forma de verdad —en realidad hay muchas— que sería la que se refiere a la *consistencia* del sistema representacional. Desde Hegel a Wittgenstein (*Lebensform*) y Heidegger (*Dasein*) la consistencia nunca es del individuo aislado sino del sistema de representación social identificado con las *formas de vida*. No interesa sólo, como decía Pichon,

que la interpretación sea exacta, sino la adecuación en términos de operación, en un sentido práctico y, según él, dialéctico. Añadimos, entonces, que el ECRO no sólo se ajusta a una realidad sino que es operativo porque esa realidad social lo integra y modifica. El contexto grupal de origen de este concepto se aborda más extensamente en el próximo capítulo.

2.1.5. Las pulsiones desde la perspectiva vincular

Desde la concepción vincular del psicoanálisis el concepto de «pulsión» no es del todo abandonado, salvo en su vertiente más biológica. Recordemos, no obstante, como informa José Luis Etcheverry (1978), que la expresión *Trieb* (pulsión) es de linaje filosófico en la tradición alemana. Fichte la describió como una fuerza interna, un querer alcanzar, y un mantenerse en su ser, en tanto inercia (*Trägheit*). A su vez este «mantenerse en su ser» nos trae resonancias espinosianas.

Por otra parte, Freud (1915a, p. 2041) ofrece una definición de la pulsión como un «concepto límite entre lo anímico y lo somático», y enumera sus componentes: presión (*Drang*), fin (*Ziel*), objeto (*Object*) y fuente (*Quelle*). El «objeto» es el desencadenante de la acción específica, mientras que por «fin» hay que entender la serie de reacciones encadenadas que culminan en una descarga duradera de la tensión. La pulsión implica e incluye un objeto y un fin, desde su propia definición y, en consecuencia, no es nunca un concepto exclusivamente biológico sino psicológico, aunque encuentre su apoyo en las necesidades.

Formulado en el lenguaje de la psicología general, la teoría de las pulsiones puede entenderse como un sistema de constructos motivacionales, tomando la *sexualidad* y *agresividad* de la última teoría pulsional freudiana, como vectores estructurantes del psiquismo en la clasificación de los prototipos de la personalidad. Se considera que esta función estructurante no puede ser desempeñada adecuadamente por otro constructo psicológico, las emociones o afectos, ya que se refieren a reacciones más individuales, cuando no intrasubjetivas, aunque sean producidas por un contexto humano. El término *pulsión* alude, en esta perspectiva, a un comportamiento complejo que abarca diversos componentes, en el que el afecto, con su vertiente de vivencia personal, puede estar presente o completamente ausente (p.ej., los psicópatas fríos de ánimo) (Rodríguez Sutil, 2002).

2.2. Otros conceptos relevantes

2.2.1. Áreas de la Conducta

Una manera de diferenciar los tres síndromes psicopatológicos (neurótico, psicótico, psicopático) y de ordenar las expresiones sintomáticas, fue propuesta por José Bleger (1977) mediante las «áreas de la conducta» (Pichon-Rivière) y el concepto de conducta «autoplástica» (transformación de sí mismo) o «aloplástica» (transformación del entorno) (véase *Tabla 1*). Este esquema nos permite, además, aludir a un grupo de trastornos, los *psicosomáticos*. En el área de la mente se desarrollan los trastornos neuróticos, en la del cuerpo los psicossomáticos y en la del mundo exterior las psicopatías y perversiones. El primero y el segundo son autoplásticos, mientras que el tercero es aloplástico. Las psicosis, en cambio, son simultáneamente autoplásticas y aloplásticas y afectan a las tres áreas de la conducta. Sin embargo, en la realidad no se da neurosis o trastorno psicossomático sin una relación con el mundo exterior o, dicho de otra forma, sin personalidad, por lo que se sugiere que es en el área 3 donde se produce la dinámica esencial del individuo, incluso en las psicosis, la cual en consecuencia es entendida como un fracaso en la estructuración de la personalidad.

Tabla 1. Áreas de la conducta y psicopatología (según J. Bleger)

ÁREAS DE LA CONDUCTA	PSICOPATOLOGÍA
1 (mente)	NEUROSIS (conducta autoplástica)
2 (cuerpo)	ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA (conducta autoplástica)
3 (mundo externo)	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y PERVERSIONES (conducta aloplástica)

2.2.2. Posición. Posiciones esquizo-paranoide, confusional y depresiva

Melanie Klein (1932, 1935, 1957) definió la posición como una modalidad específica de relaciones de objeto. Esta concepción evolutiva se superpone a las ya clásicas en el desarrollo psicosexual: oral, anal, fálica (y genital). Pues los mecanismos orales, anales y fállicos se pueden producir simultáneamente en cada una de las posiciones. También concede un mayor peso al primer año de vida y, por tanto, a la fase oral. Cada posición es una forma de estructuración básica del yo, ello, superyo.

Pero para Melanie Klein el superyo no es simplemente el heredero del complejo de Edipo, como en Freud, sino que, como para el yo, encuentra formas rudimentarias desde los primeros momentos del desarrollo, anteriores a la organización triangular edípica y al complejo de castración descritos por el creador del psicoanálisis.

La *posición esquizo-paranoide* es típica de los cuatro primeros meses del bebé. Se caracteriza por la gran intensidad de las pulsiones agresivas y libidinales. El objeto de relación está fragmentado (*objeto parcial*), es el pecho materno escindido en dos: totalmente «bueno», o gratificante, y totalmente «malo», o frustrante, que provoca *angustia persecutoria*. Los mecanismos de defensa propios de esta posición son de tipo primitivo: escisión, introyección, proyección, identificación proyectiva e idealización. Se parte de una fusión o no diferenciación de las pulsiones agresivas y sexuales (el mismo objeto de amor es el objeto odiado) que progresivamente se van diferenciando (*deflacción* de las pulsiones), hasta llegar a su total separación en la posición depresiva.

Consideramos que la posición esquizo-paranoide forma la estructura más básica de la personalidad. Por ejemplo, Fairbairn (1940b) señala que cierto grado de disociación (escisión) está en el nivel más profundo de toda personalidad (normal o patológica). Los estados obsesivo, histérico, fóbico y paranoide no eran para él más que *técnicas* (o estrategias en el sentido cognitivo) diversas utilizadas por el yo para defenderse de conflictos producidos en la fase oral, es decir, conflictos psicóticos, mientras que los estados esquizoides y depresivos no pueden ser considerados defensas, sino que son algo de lo que el yo se defiende. Sin embargo, Melanie Klein daba más importancia a la posición siguiente, la depresiva, al igual que Pichon-Rivière y su «situación depresiva básica» como enfermedad única (1975; Cf. Paolini, 1978).

La *posición depresiva* abarca desde el final del cuarto mes hasta el final del primer año. En ella se produce la captación del *objeto total*, resultado de la menor escisión bueno / malo (y paralelamente se produce una integración de la propia identidad). Surge la *angustia depresiva*, por el temor fantasmático a destruir a la madre. Como afirma M. Klein (1935), en los estados depresivos el objeto bueno ha sido perdido o dañado como resultado de la ira, la destructividad y la frustración. A menudo la pérdida se experimenta durante la época del destete. Las defensas propias de la posición depresiva son las defensas maníacas, la inhibición de la agresividad y las tendencias reparatorias, junto con el sentimiento correspondiente: la *gratitud*. Si el niño tiene éxito en estas tendencias reparatorias logrará la *introyección* total del objeto bueno, lo que le protegerá ante las pérdidas de su vida posterior.

La superación plena de la posición esquizoide y la buena integración de la posición depresiva son condición necesaria para el paso a la problemática edípica, donde surgirán la represión primaria y secundaria (Urverdrängung, Verdrängung) los mecanismos defensivos más evolucionados que forman la estructura de la personalidad adulta. Los mecanismos defensivos anteriores nunca son totalmente abandonados pero se muestran de manera cada vez más sofisticada y adaptativa.

A partir de 1980, el modelo vincular introduce la necesidad de una posición intermedia entre la esquizo-paranoide y la depresiva, que es la que denominamos **posición confusa** que comparte elementos con una y otra, sobre todo desde la oscilación: entre un yo megalomaniaco (cercano a lo esquizoide) y un yo disminuido (cercano a lo depresivo). Utiliza los mecanismos maniacos (base de la contrafobia), la renegación (*Verleugnung*), el desplazamiento fóbico y una idealización menos extrema que en la posición esquizo-paranoide. Las tres posiciones, pasan a ser cuatro si se incluye una *proto-posición*, descrita como **aglutinada**, característica de la simbiosis. Las posiciones vinculares recogen las aportaciones kleinianas, y las aportadas ya desde la psicopatología vincular (Kesselman, 1977; Caparrós, 1979; Rodríguez Sutil, 1995, 1998).

M. Klein rechazó esta posición confusa al considerar que no existe una angustia maniaca específica. La teoría vincular considera que sí puede separarse y la denomina **confusional**. Esta angustia se caracteriza por la no distinción de si el peligro procede del interior o del entorno y por una no nítida discriminación entre el yo y el no-yo. José Rafael Paz se refiere a la ansiedad confusional al describir estados de fracaso en el fóbico: «... miedos indiscriminados propios de niveles en los que las diferenciaciones del Edipo constituido no han tenido lugar y por lo tanto donde puede perderse todo (objetos y yo)» (1971, p. 195).

Diferenciamos, por tanto, tres niveles en la presentación de la ansiedad: ansiedad por daño (esquizoide) —herida narcisista—, ansiedad por pérdida (confusional) y ansiedad por haber destruido el objeto (depresiva).

Según propone Kesselman (1977), en la posición esquizoide los objetos buenos son interiorizados y los objetos malos son colocados en el exterior. En la posición depresiva ocurre lo contrario, mientras que en la posición confusa se produce una confusión entre bueno-malo. Ahora bien, en la evolución posterior de la teoría vincular se defiende que la posición confusa ocupa un lugar intermedio entre esquizo-paranoide y depresiva, mientras que para Kesselman la posición confusional era la más arcaica. Si algunas manifestaciones de la posición confusa pueden

parecer una reviviscencia de la fusión original, o simbiosis, con el objeto, esta evolución encajaría adecuadamente con el paso de la percepción del objeto parcial al objeto total, situando en el intermedio el objeto idealizado. Si la fase esquizoide supone la alternancia de estados *todo-bueno* y *todo-malo* el sujeto sólo queda fijado en ella interiorizando el objeto bueno y haciéndolo suyo, y colocando los elementos persecutorios en el exterior, como forma de lograr una integración frágil de la propia identidad, pero de apariencia monolítica. Por otra parte, si la posición depresiva se constituye con la adquisición del objeto total, no puede significar de forma simplista que los objetos externos sean buenos y los internos malos, sino «predominantemente» tales.

La lectura psicoanalítica de la psicopatología desde la personalidad (o el carácter), frente al síntoma (neurótico o psicótico), fue inaugurada de forma explícita por Wilhelm Reich (1945) y ha encontrado su máxima expresión dentro de la teoría de las relaciones objetales con los trabajos de Otto Kernberg (1984, 1992, 1996), aunque tiene sus antecedentes en trabajos relevantes del propio Sigmund Freud, en especial *Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica* (1916) y la delimitación de las *perversiones* como estructuras intermedias (límite) entre las neurosis y las psicosis.

A Hernán Kesselman (1977) se debe quizás la primera construcción teórica sobre los núcleos de la personalidad de base. Los cuales no deben confundirse con las *estructuras psicóticas de base*, de la Escuela Inglesa, pues se refieren a la formación estructural del carácter, como conducta automatizada que se muestra en la cotidianeidad del comportamiento y en la percepción del entorno, la estabilidad y la permanencia.

2.2.3. Prototipos de la personalidad

Podemos clasificar las personalidades partiendo, por un lado, de los núcleos básicos y, por otro, de la problemática pulsional: sexualidad, agresión o indefinición (véase *Tabla 2*) (Rodríguez Sutil, 1995a, 2002).

Un importante rasgo diferenciador de los tres grupos de Trastornos de Personalidad es la imagen que tiene el sujeto de sí mismo, o autoimagen, pero —es importante advertir— que aquí autoimagen no es un concepto meramente introspectivo por cuanto nos referimos a un estilo en la relación interpersonal y algo que, en otro nivel de análisis, se deduce del discurso del individuo. Mientras los sujetos próximos al núcleo esquizoide se caracterizan por una autoimagen omnipotente, en el núcleo confuso se produce una oscilación entre una autoimagen omnipotente y otra deteriorada —predominando el deterioro en el fóbico y la omnipotencia en el explosivo— y en el núcleo depresivo muestra una imagen predomi-

Tabla 2. Clasificación de la Personalidad

IMPULSO	N. ESQUIZOIDE	N. CONFUSO	N. DEPRESIVO
SEXUAL	Narcisista	Fóbica	Histérica
INDEFINICIÓN	Esquizoide	Confusional	Sumisa
AGRESIÓN	Agresiva	Explosivo-bloqueada	Obsesiva

nantemente deteriorada, aunque moderada por mecanismos de defensa más elaborados. Los prototipos también se distribuyen por el modo de elaborar la culpa y la ansiedad, y por el control de los impulsos sexuales y agresivos.

La culpa, en el núcleo esquizoide o se halla totalmente ausente (personalidades agresiva y narcisista), o se halla tan hipertrofiada que pierde realidad: el sujeto con una personalidad esquizoide no se siente culpable de algo sino «premoralmemente» malvado, «grandiosamente» malvado, pero lo frecuente es que no aparezca la más mínima referencia a sentimiento de culpa alguno. En el esquizoide no se produce la tendencia al abuso de los demás, propio de este núcleo, sino el aislamiento y la marginalidad dentro del grupo familiar. Los sujetos del núcleo confuso se sienten culpables no tanto de lo que han hecho como de lo que no han sido capaces de alcanzar, es decir, no haber cumplido las expectativas (grandiosas) suyas y del entorno familiar. Se siente culpable por lo que *es* o, para ser más exactos, siente *vergüenza*. El depresivo, en cambio, hace suya la culpa y suya la penitencia para hacerse perdonar por lo que ha hecho. La penitencia se concretará en complacer los deseos del otro (histeria), cumplir con el deber (p. rígida) o someterse por completo a los mandatos del otro (p. sumisa).

En cuanto a la ansiedad habría que decir que es tanto más grave y tanto más inespecífica cuanto más cercano se halla el núcleo de la esquizoidia. Se trata precisamente de las personalidades menos sofisticadas y cuyas reacciones podríamos considerar más primitivas. La ansiedad que experimentan agresivo, esquizoide y narcisista se encuentra emparentada con el temor pánico, desestructurante, que caracteriza las psicosis esquizofrénicas, si bien su duración suele ser más breve, pues se resuelve físicamente con el apartamiento o la agresión.

Se puede distinguir entre ansiedad rasgo y ansiedad estado, conceptos que se emparentan con los psicoanalíticos de «señal de angustia» y «angustia automática». Los sujetos próximos al núcleo esquizoide presentan un nivel reducido de ansiedad rasgo y unos estados de ansiedad infrecuentes pero, en cambio, abrumadores. No ocurre así con el núcleo

confuso, donde la presencia de la ansiedad es más evidente, tanto de un tipo como de otro, con la sensación, a veces, de despersonalización y el temor a «volverse loco»; temor que no se ve confirmado en la práctica. El núcleo depresivo posee los mecanismos más estables para controlar la irrupción de la ansiedad. La ansiedad se halla presente, como rasgo, pero sólo en raras ocasiones amenaza con desorganizar la personalidad.

En el núcleo depresivo se produce un mayor control de los impulsos. Estos se expresan de forma indirecta o incompleta, la sexualidad especialmente en la personalidad histriónica y la agresión en la rígida u obsesiva. En el núcleo confuso se da la oscilación entre explosión y bloqueo, tanto de impulsos agresivos como sexuales, pero la agresividad es más evidente en el prototipo explosivo-bloqueado y la sexualidad en el fóbico. Esa alternancia no es otra que la del mecanismo fobia-contrafobia (Fenichel, 1939) y, a nuestro entender, supone la identificación más o menos breve del yo (del *yo real*; Freud, 1923) con el ideal del yo o, dicho de otra forma, una regresión efímera a la posición de omnipotencia propia de lo esquizoide. Por su parte en el núcleo esquizoide, las defensas son de tipo más global, las descargas impulsivas están menos moduladas y se producen de forma continua. Por ello, en la personalidad propiamente esquizoide, (agresivo y narcisista) lo que predomina es la inhibición y el aislamiento interpersonal.

3. ELEMENTOS DE TÉCNICA VINCULAR

La aplicación de los conceptos enunciados a la técnica de la psicoterapia implica un rango amplio de cambios sobre la técnica psicoanalítica clásica. Vamos a considerar los más importantes.

3.1. Proceso terapéutico

Una de las ocasiones privilegiadas en las que el grupo interno se pone de manifiesto es en el vínculo transferencial, de nuevo no como algo que antes estuviera oculto sino como muestra del estilo relacional de la persona. Este modo de vincularse en la terapia suministra una información preciosa al terapeuta sobre la estructuración de la personalidad del paciente.

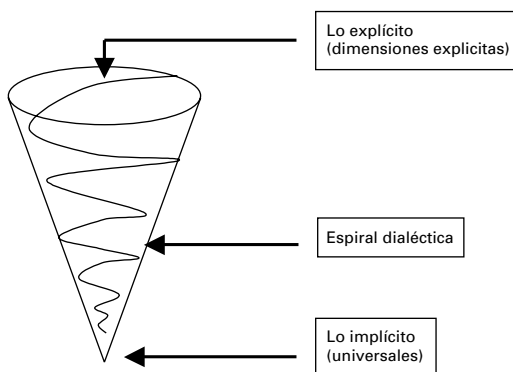
Se puede entender la relación paciente-terapeuta en psicoterapia individual como un grupo terapéutico bipersonal, cuya tarea es el esclarecimiento, el aprendizaje y la curación. Uno de los aspectos de la curación es la reducción y control de los miedos o ansiedades básicos, en términos de

miedo del ataque al yo (esquizo-paranoide), miedo a la pérdida del objeto (confusional) y miedo a destruir al objeto (depresiva). Estos miedos paralizan al sujeto y funcionan, según Pichon, como *obstáculos epistemofílicos* —retomando la noción de Gaston Bachelard de «obstáculo epistemológico»— por cuanto dificultan el aprendizaje afectivo, es decir, funcionan como *resistencias*. Cuando las resistencias se van progresivamente resolviendo se produce una adaptación activa a la realidad. Por «adaptación activa» hay que entender que se modifica tanto la realidad como el modo de relacionarse con ella, en una interacción dialéctica.

Como en la psicoterapia de grupo, también se podrían distinguir tres momentos o fases que agrupan las sesiones del tratamiento (p.ej. etapa inicial, intermedia y final) o los tiempos de una misma sesión, que Bernstein (1993) denomina **pretarea**, **tarea** y **post-tarea**. La pretarea se caracteriza por la aparición más abierta de las ansiedades básicas que se constituyen en resistencias. La tensión entre la resistencia al cambio y el deseo de lo nuevo lleva a menudo a estrategias disociadoras —entre el sentir, el pensar y el actuar— e intelectualizadoras, como sucede en el «como si» cuando, por ejemplo, se cumple formalmente con la consigna pero sin entrar en «materia». La entrada en tarea se expresa por la unión de los aspectos disociados, a lo que también se denomina «*insight*», y la elaboración de las ansiedades básicas. La post-tarea o proyecto, marca el momento de referirse a los fines, y la generalización de lo elaborado en el tratamiento a los diferentes contextos de expresión e inclusión del sujeto.

El proceso terapéutico, como proceso dialéctico en el que lo latente se convierte en manifiesto, puede ser representado según el modelo del cono invertido que propuso Pichon-Rivière (1975).

Figura 1. Cono invertido según Pichon-Rivière



Lo explícito se encuentra en la parte superior, en la base del cono invertido, porque ocupa un mayor espacio de lo observable, aunque sabemos que lo oculto es mucho más complejo y abundante. Lo implícito es lo que está por debajo, lo inconsciente que hay que ir haciendo consciente en el proceso dialéctico de la terapia, representado por la espiral.

3.2. Estrategias técnicas

La contratransferencia es en este enfoque considerada como un indicador especialmente útil sobre lo que puede estar pasando en el aquí y ahora de la terapia. En las primeras fases, ese conocimiento experiencial orientará el diagnóstico estructural de la personalidad. Por ejemplo, cuando sentimos urgencia por dar una solución rápida al problema planteado por el paciente o la paciente, puede que hayamos caído de forma desapercibida en las redes seductoras de la personalidad histriónica. A menudo el enfado (rencor) hacia terceras personas que se han comportado de manera incorrecta o injusta con el sujeto puede indicar la presencia de una personalidad obsesiva. Puede que sintamos deseos de compensar situaciones de abandono excediéndonos en nuestra actitud acogedora hacia personalidades fóbicas. Por último, sujetos agresivos o esquizoides pueden despertar actitudes agresivas o defensivas en el entrevistador. Ante esto, lo mejor es no responder a la agresión con la defensa o el contraataque, sino analizando las razones, puede permitir que el paciente reflexiones en lugar de actuar.

La tarea de la terapia vincular es la construcción de un ECRO (esquema conceptual, referencial y operativo) común, condición necesaria para establecer una comunicación a partir de la afinidad de los esquemas referenciales de emisor y receptor. Es un proceso de aprendizaje en el que aprenden tanto el terapeuta como el paciente.

Lo mismo que en la psicoterapia de grupo el sujeto puede ser portavoz del grupo presente y la interpretación debe ir dirigida tanto al nivel del significado individual como del grupal; es común que en la terapia individual el paciente pueda ser, y a menudo sea, portavoz del grupo familiar actual. La tarea de la interpretación en este segundo caso consiste en deslindar el nivel individual del grupal para así poder devolvérselo al paciente mostrándole en que forma está resonando con los otros miembros de su grupo en la transmisión de ese emergente. Resulta claro que este tipo de fenómenos se pueden evidenciar como resistencias, por ejemplo, cuando el paciente pregunta cómo piensa el terapeuta que va el proceso de la psicoterapia, o si va a durar mucho —puesto que alguien de su familia se lo ha preguntado— o trae, de manera explícita la pregunta de «qué es lo que te dice el psicólogo».

Re-examinemos ahora la tabla 2, sobre la clasificación de los prototipos de la personalidad. Si se acepta la tesis de Winnicott (1955) de que todo proceso psicoterapéutico para tener éxito supone la regresión del paciente, y suponemos que esa regresión consiste en una desestructuración parcial de los patrones relacionales establecidos, acompañada de angustia más o menos intensa, la mencionada tabla nos muestra qué prototipos poseen de inicio una mayor desestructuración.

La actitud terapéutica habrá de ser diferente dependiendo de la desestructuración previa con la que acude el paciente a consulta y eso, salvando las importantes diferencias individuales, depende grandemente del prototipo de personalidad asignado. La neutralidad clásica, que insiste en la *regla de abstinencia*, favorece la regresión, como también el uso del diván, y es adecuada con los sujetos con una personalidad más estable, sofisticada y organizada, como las del *núcleo depresivo*, el cual resulta equivalente a la *organización neurótica de la personalidad* propuesta por Kernberg (1984) (véase Capítulo 7).

Una vez que se ha producido la adecuada regresión, lo que suele llevar bastante tiempo, y la transferencia ha alcanzado un nivel óptimo, la actitud del terapeuta puede ser más activa, favoreciendo el aprendizaje y una reestructuración más satisfactoria para el paciente. Esta propuesta coincide con Fairbairn (1943) en la idea de que la función del terapeuta se asemeja más a la del exorcista que a la del perdón de los pecados, puesto que la culpa actúa más como una resistencia que como algo que haya que resolver. La actitud terapéutica que se muestra más efectiva no es la de neutralidad sino, más bien, la de comprensión empática, resaltando así el papel contenedor del terapeuta que recomiendan algunos autores de la escuela inglesa (Winnicott, Bion, Balint).

No obstante, la fase previa de neutralidad terapéutica puede estar contraindicada en los sujetos de personalidad más desestructurada, los característicos de *núcleo confuso*, probablemente los que Kernberg (1984, 1992, 1996) denomina *organización límite de nivel de funcionamiento alto*. La propuesta vincular, no obstante, tiene importantes diferencias respecto de la clasificación de Kernberg (Cf. Rodríguez Sutil, 2002). Estos pacientes, cuando no abandonan prematuramente, con frecuencia se benefician de una rápida mejoría en las primeras fases de la terapia.

La perspectiva vincular sugiere que cuando se establece una buena relación terapéutica los pacientes de núcleo confuso tienden a abandonar la terapia todavía en los primeros meses, mientras que los pacientes de núcleo depresivo (obsesivos e histéricos) suelen abandonar más tarde, cuando la regresión se está instaurando y la ansiedad se incrementa.

Desgraciadamente, no es fácil dar una cronología exacta de este fenómeno, pues no todos los pacientes presentan ni el mismo nivel de regresión, ni en el mismo momento.

Para Kernberg (1984), el objetivo general de la psicoterapia con las denominadas «personalidades de estructura límite» consiste en la progresiva integración del Sí mismo, con los objetos y los afectos que involucran a ambos. La psicoterapia con estos pacientes se diferencia del psicoanálisis de tipo más ortodoxo en cuanto a que la interpretación, como tal, pasa a un segundo plano, o no se utiliza en absoluto, dejando su lugar a la clarificación sistemática de la experiencia subjetiva, centrada en el aquí y ahora (Kernberg, 1996) y la confrontación con aquellos aspectos no reconocidos en su estilo de relación.

Desde el punto de vista vincular, entre los aspectos que requieren ser confrontados estarían las autorreferencias frecuentes y el desconocimiento de las motivaciones y sentimientos de los demás. En los pacientes explosivo-bloqueados y confusionales (límites) es además necesario elaborar las desmesuradas necesidades de contacto y aceptación por parte del otro.

Finalmente, en relación con las personalidades del núcleo esquizoide, se puede postular la cercanía al concepto de *organización límite con nivel de funcionamiento bajo* de Kernberg. Se trata de pacientes poco sofisticados en sus mecanismos defensivos pero estables. De entrada son los pacientes que, a partir de la experiencia clínica, menos acuden a consulta en psicoterapia, salvo para beneficios prácticos u obtención de privilegios ajenos a todo objetivo de descubrimiento y aprendizaje. Hay clínicos que, sin embargo, informan de que estos pacientes forman una parte importante o, cuando menos, apreciable de su consulta. Asimismo son muy famosos los estudios de Kohut y del mismo Kernberg sobre la personalidad narcisista o sobre los sujetos agresivos. Pero esto debe originarse en la existencia de importantes diferencias diagnósticas en la práctica. Es inusual atender a auténticos agresivos (antisociales) o narcisistas en medios clínicos —menos en ambulatorios, algo más en hospitalarios y por consumo de sustancias— y a los que sí se atiende son explosivo-bloqueados o confusionales (límites). Cuando narcisistas y agresivos son atendidos en ámbitos penitenciarios, la psicoterapia corre el riesgo de convertirse en un «como sí».

La característica de estas personalidades que más se subraya en la literatura, en conexión con sus implicaciones delictivas, es la debilidad del superyó, lo que se muestra en las permanentes atribuciones externas ante las consecuencias negativas de los propios actos: la culpa siempre es

de los otros. El enfoque terapéutico que propone la psicoterapia vincular va dirigido a la formación de una especie de superyó protésico. Ante la imposibilidad de imbuir en el sujeto la inadecuación moral de sus actos lo que se persigue es que capte las consecuencias negativas para su entorno y, especialmente, para él mismo. No es probable conseguir la aparición de regresión en estos pacientes y cuando esto ocurre, es de tipo psicótico.

3.3. Técnicas específicas

La terapia vincular individual utiliza las mismas técnicas que el psicoanálisis clásico, esto es, la asociación libre, la interpretación, el señalamiento y la confrontación. Estas técnicas, no obstante, se ven matizadas y modificadas por los esquemas teórico-prácticos que hemos ido enunciando en las secciones anteriores. Por ejemplo, la interpretación suele ir más dirigida al «aquí y ahora», como ocurre con el enfoque kleiniano, no porque no se dé importancia a las primeras fases del desarrollo, sino porque si esa indagación es relevante se debe a que los primeros aprendizajes siguen marcando la problemática presente. Se da más relevancia a la empatía y a las técnicas activas que en el psicoanálisis clásico.

Propuestas intersubjetivas que flexibilizan la técnica analítica

En el psicoanálisis clásico hay una rigidez en los papeles que adoptan paciente y terapeuta. Este último es el sabio que conoce lo que le pasa al paciente mejor que él mismo gracias a sus teorías y a su arte terapéutico, y en muchas ocasiones es verdad. No obstante, en la teoría de la intersubjetividad se parte de la base de que la forma en que organiza la experiencia el paciente en una sesión, tiene tanta legitimidad como la forma en que organiza la experiencia el terapeuta. No se presupone que el terapeuta pueda conocer directamente la realidad subjetiva del paciente, lo cual tiene un gran impacto democratizador y liberador de la situación analítica.

«El analista sólo puede aproximarse a la realidad psíquica del paciente a partir de las limitaciones particulares de su propia perspectiva... Liberados de la necesidad de justificar y defender sus experiencias, tanto paciente como analista quedan libres para entenderse a sí mismos, el uno al otro, y a su relación continuada con una mayor profundidad y riqueza» (Stolorow R.: «Introducción a la teoría intersubjetiva: mi trayecto personal» 2001).

En este nuevo marco más democrático, se propone una mayor tolerancia para la vivencia del proceso analítico como una alternancia continua entre la dimensión evolutiva y repetitiva de la transferencia y de la

contratransferencia. Cuando el paciente funciona dentro de la dimensión evolutiva busca en el terapeuta la provisión de aquellas experiencias que le faltaron en su desarrollo temprano (legitimación de la experiencia, discriminación self y objeto, etc.). Y cuando funciona en la dimensión repetitiva, teme la reaparición de situaciones conflictivas de su pasado.

Estas dos dimensiones se alternan continua e inevitablemente pasando de estar en primer plano a ser el telón de fondo, tanto en la transferencia del paciente como en la contratransferencia del terapeuta. En el caso del terapeuta, aparece la dimensión repetitiva cuando utiliza una perspectiva que frena la comprensión cabal del paciente. Entonces, si escucha las reacciones o críticas del paciente, estará en condiciones de liberarse de las limitaciones de su propia perspectiva y encontrar nuevos caminos que favorezcan el progreso terapéutico.

La estrategia técnica más singular e innovadora es la recomendación de hacer **foco en la actividad del analista** y su repercusión sobre el paciente. Se analizan abiertamente junto al paciente los fallos y aciertos del terapeuta que producen reacciones evolutivas o repetitivas de la transferencia. Pero no en un sentido culpógeno, sino como algo inevitable al encuentro entre dos subjetividades dispares.

La estrategia técnica de la teoría de la intersubjetividad es el análisis continuo de la *dinámica de la reciprocidad de la relación paciente-terapeuta*. En el ejemplo anterior hemos visto cómo cuando el paciente funciona bajo la modalidad repetitiva de la transferencia, la introspección respecto de la actividad del analista permite detectar fallos en la sintonía respecto del paciente, que provoquen en él un comportamiento resistencial. También podría haber ocurrido ese mismo comportamiento resistencial por otras razones, incluso por motivos opuestos: este estado podría también producirse debido a una buena sintonía del terapeuta que evoque la emergencia de anhelos arcaicos disociados y el temor a una consiguiente retraumatización.

Además, este estilo de trabajo conlleva una actitud de *tolerancia e investigación de situaciones de disyunción y conjunción intersubjetivas*. Rupturas y conexiones intersubjetivas son inevitables acompañantes del proceso terapéutico. En tanto propiedades del conjunto de la relación paciente-terapeuta tienen también una doble dimensión evolutiva y repetitiva. Así por ejemplo, la conexión intersubjetiva puede tener una dimensión repetitiva cuando terapeuta y paciente comparten un temor común a entrar en un sector problemático del análisis, de manera que sus mutuas resistencias se refuerzan. Por otra parte, la ruptura intersubjetiva puede tener una dimensión evolutiva cuando ofrece al paciente una confronta-

ción con aspectos negados o disociados, o bien, por permitir al paciente el desacuerdo con el terapeuta en un proceso de delimitación del Self y del objeto.

En conclusión, la intervención técnica derivada de la teoría de la intersubjetividad destruye el **mito de la neutralidad**. Una de las recomendaciones técnicas más importante de Freud era la necesidad de trabajar en abstinencia y bajo el principio de neutralidad, que explicaba mediante la metáfora del espejo: el terapeuta reflejaría de forma imparcial los conflictos del paciente a la manera del científico que observa un fenómeno de forma imparcial. En realidad, la neutralidad no existe: cualquier cosa que haga un terapeuta tendrá un efecto en el paciente. Desde su vestimenta, la decoración de su consulta, el tono de su voz o sus silencios. Por tanto, si la neutralidad no existe, lo que cabe esperar del terapeuta es que analice y acomode su técnica, estilo de trabajo y su teoría teniendo en cuenta la influencia que producen en un paciente concreto.

Cuadro 1. Un ejemplo de técnica que incorpora las propuestas intersubjetivas

Se trata de un paciente cuyo guión relacional es la idealización de sus jefes o amigos, y que tras la percepción de fallos considerados importantes, provoca rupturas abruptas. Y de un terapeuta centrado en su éxito profesional, con baja tolerancia a los fracasos. Durante una primera etapa, la pareja paciente-terapeuta trabaja muy positivamente. Al llegar a los dos años de terapia, el paciente se siente agobiado al compararse a otras personas conocidas que han hecho psicoterapia durante menos tiempo. Piensa que no es normal, que es raro (el afecto fundamental a lo largo de su vida), y que no podría tolerar decir en su familia que lleva tanto tiempo porque le harían un juicio sumarísimo, se angustiarían, y él volvería a sentirse criticado y raro. Para evitarlo, propone terminar la terapia en un par de meses. A continuación, se describe el guión esquemático de la influencia recíproca paciente-terapeuta durante tres sesiones.

- Sesión 1: El terapeuta no logra empatía con este motivo de finalización, que le parece poco consistente y está al servicio de la patología, al someterse el paciente a la opinión familiar. Por su parte, que el paciente deje la terapia lo vivencia como un fracaso que trunca una marcha terapéutica excelente. Así, interviene enfatizando el trabajo que efectivamente falta por realizar y proponiendo la continuidad de la terapia. El paciente reacciona agobiándose más y sintiéndose menos normal, y ve la terapia como un proceso sin fin.
- Sesión 2: El terapeuta percibe este agobio y reconoce ante sí mismo y ante el paciente que ha debido atosigarle al señalar lo que le falta



y olvidar los progresos realizados. El paciente se calma y habla sobre un problema actual durante toda la sesión. Cuando quedan cinco minutos para acabar, el terapeuta interrumpe al paciente para preguntarle por su idea de dejar la terapia y le dice que puede dejarla cuando quiera pero que él no está de acuerdo e intentará defender la continuidad del trabajo. En la siguiente semana el paciente no va a terapia por un viaje de trabajo.

- Sesión 3: El paciente dice que esta será la última sesión. La semana anterior se sintió mucho mejor al no tener que ir a sesión puesto que durante las últimas semanas se ha sentido muy presionado para continuar: critica al terapeuta por comportarse como su hermano mayor idealizado, que siempre le tenía que marcar el camino (la figura principal de su familia por encima del padre). Además, en la última sesión no quería tratar sobre la finalización y el terapeuta se empeñó en utilizar cinco minutos para sacar este tema. Piensa que el terapeuta está muy estresado y que no le deja marcharse con libertad, reteniéndole en contra de su voluntad. El terapeuta cae en la cuenta del impacto de su actividad sobre el paciente. Legítima la percepción del paciente: efectivamente se ha sentido muy afectado por la posibilidad de que se marchara el paciente viviéndolo como un fracaso a evitar, y afirma que en esa situación era inevitable que el paciente lo vivenciara como a su hermano mayor mandón que ha querido manejar su vida.

En conclusión, podemos observar cómo esta situación crítica se produce debido a la contribución de ambos participantes, terapeuta y paciente. El paciente aporta su estilo defensivo evitativo, al emerger un intenso sentimiento de vergüenza frente a las críticas que espera recibir de su hermano mayor si comunica que lleva dos años haciendo terapia. Y el terapeuta aporta su estilo defensivo ante la posibilidad de un fracaso e intenta retenerle de forma estresada. Ahora bien, Stolorow recomienda que aunque el terapeuta contribuya sólo al 5% de la emergencia de un conflicto y el 95% restante corresponda a una distorsión del paciente, hay que analizar primero ese 5% del impacto de la actividad del terapeuta sobre el paciente.

4. PERSPECTIVAS: INTREGRACIÓN DE MODELOS PSICOANALÍTICOS DESDE UNA PERSPECTIVA VINCULAR

El enfoque vincular en psicoterapia dinámica y la psicopatología vincular surgió en Argentina en los años cincuenta y se estableció en España

allá por los setenta. Sin llegar a ser nunca un enfoque preponderante dentro de las corrientes psicoanalíticas frente a las escuelas freudiana y kleiniana y, durante los últimos decenios, los seguidores de Lacan a uno y otro lado del océano. El psicoanálisis tradicional, aún hoy en día, posee una fuerte carga introspectiva e individualista y es difícil que integre perspectivas externalistas y sociológicas, así como la terapia de grupo, mientras que el pensamiento lacaniano que en muchos sentidos parece identificarse con la crítica del egocentrismo se ha mantenido, sin embargo, adherido en la práctica al enfoque bipersonal e introspectivo. La misma psicoterapia vincular, salvo excepciones, perdió algo de fuerza después de que algunos de sus seguidores de los setenta y ochenta se hayan decantado por alguna de las versiones del paradigma ortodoxo, oficial o extraoficial. Los que se han mantenido cercanos a las premisas iniciales y reconociendo la monumental y sugerente labor de Pichon-Rivière, se han aproximado igualmente a otros enfoques relacionales vigentes, como la psicología del Self de Kohut, el intersubjetivismo de Stolorow y colaboradores, las relaciones objetales según Otto Kernberg, y otros (Cf. Ávila y cols, 2002). Sin embargo, salvo la obra de Kernberg, más sólida pero también menos innovadora, estas propuestas se mueven todavía en gran parte en el terreno de la clarificación epistemológica respecto al psicoanálisis tradicional.

Creemos no equivocarnos al afirmar que los enfoques relacionales e intersubjetivos tienen cada vez una mayor relevancia en la práctica clínica y en la investigación. Por ello es de suponer que en el futuro renacerá el interés por el enfoque vincular en psicoanálisis y por la obra de Pichon-Rivière y sus seguidores. Tal vez Pichon se adelantó excesivamente a su época al proponer una perspectiva externalista y sociológica en la comprensión del ser humano, cuando los enfoques introspectivos e individualistas estaban más en boga (psicoanálisis kleiniano y psicología del yo).

El nivel de fenómenos que atañe a lo vincular es sin embargo objeto de interés de todas las escuelas psicoanalíticas. Aunque los conceptos de vínculo que se manejan pueden en ocasiones ser muy diferentes, pues coexisten:

- las concepciones netamente intrapsíquicas que abordan las «estructuras vinculares» (pareja, familia, fratría, etc) desde el psicoanálisis clásico (el *psicoanálisis de las configuraciones vinculares*: Puget y Berenstein, Kaës, entre otros);
- la *perspectiva vincular* que hemos descrito en este capítulo (Rodríguez Sutil, 2002), que reformula la teoría pulsional y adopta el

vínculo en su carácter fundante como objeto de estudio y método terapéutico; y

- las posiciones más radicales que representan los enfoques relacionales e intersubjetivos que rechazan la teoría pulsional (Mitchell, Stolorow).

De lo que no hay duda es que el *vínculo* y *lo vincular* se han incorporado ya a la nómina de conceptos psicoanalíticos fundamentales, y que en torno al debate y desarrollo de las implicaciones teóricas, técnicas y clínicas de estos conceptos se dan las condiciones más idóneas para el desarrollo de una perspectiva que integre las diferentes corrientes psicoanalíticas sobre el plano relacional.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este capítulo se aborda la concepción de la psicoterapia desde el vínculo, siguiendo la inspiración de Enrique Pichon-Rivière (1979). El vínculo es un concepto superador de las dicotomías del dualismo cartesiano. De acuerdo con la doctrina vincular, la unidad básica de análisis de la subjetividad es el vínculo —integración del Self, el objeto y la interacción— y el área de conducta relevante será la de la relación interpersonal. La principal modificación que aporta esta perspectiva respecto de las teorías psicoanalíticas clásicas es la sustitución de la noción de instinto (y su derivado, la pulsión) por la de estructura vincular. Las aportaciones teórico-clínicas de esta perspectiva tienen importantes implicaciones técnicas: la consideración vincular de la transferencia, el uso activo de la contratransferencia en el proceso analítico, la relativización de la interpretación y el insight cognitivo en favor de la elaboración de la experiencia de nuevos patrones vinculares. La perspectiva vincular de la psicoterapia, ofrece así una base para la integración de diferentes teorías psicoanalíticas, abriendo un espacio donde la teoría pulsional y la teoría intersubjetiva pueden articularse.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA Y LECTURAS RECOMENDADAS

ÁVILA ESPADA, A. (1992). Psicodiagnóstico Vincular. En A. Ávila Espada y C. Rodríguez Sutil (comps.), *Psicodiagnóstico Clínico. Aspectos conceptuales y perspectivas*. Madrid: Editorial Universitaria de Madrid.

Este trabajo, original de 1979, fue pionero en la definición del marco epistemológico y de método del pensamiento vincular, aplicado en este caso al ámbito del diagnóstico clínico.

KESSELMAN, H. (1986). Pichón Rivière y su Teoría del Grupo Familiar. *Clínica y Análisis Grupal*, 42, 503-531.

Este trabajo resume las principales ideas de Pichon Rivière sobre el origen y función de la psicopatología.

LÓPEZ ORNAT, S. (1979): «Significados de la psicología pensada desde el grupo». *Clínica y Análisis Grupal*, 4, 16, 282-289.

Este trabajo recoge los planteamientos epistemológicos de una lectura grupal de la conducta.

PAOLINI, E. (1979). La psicopatología entendida desde el vínculo: procesos fundantes de la personalidad normal y patológica. *Clínica y Análisis Grupal*, 4,(16), 270-281.

Una de las primeras exposiciones sintéticas de la psicopatología vincular.

PICHON-RIVIÈRE, E. (1979). *Teoría del Vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Principal compilación de los trabajos de Pichon sobre el vínculo.

RODRÍGUEZ SUTIL, C. (2002). *Psicopatología Psicoanalítica. Un Enfoque Vincular*. Madrid: Biblioteca Nueva.

En especial el capítulo III de la parte segunda y los capítulos II y III de la parte tercera de esta obra.

ACTIVIDADES

Elija un caso clásico en la historia de la psicoterapia, por ejemplo el *Caso Dora* de Sigmund Freud y analícelo aplicando los conceptos creados por la psicoterapia y la psicopatología vincular:

- a) Valore de qué puede ser emergente Dora; Si procede aplicar el concepto, ¿de qué sería portavoz?
- b) La sintomatología y cuadro patológico que presenta Dora, ¿en qué áreas de la conducta se expresa?
- c) Examine los vínculos fundantes de Dora, los patrones de relación con sus figuras de crianza e identificación.
- d) ¿Cuáles son los procesos intersubjetivos actuales determinantes en el caso?
- e) ¿Ejerció Freud algún papel corrector de los vínculos patógenos? En caso positivo, ¿cuál?; en caso negativo ¿repitió algún vínculo patógeno?

[Para su resolución lea el caso en las *Obras completas*; y véase las referencias que al mismo se hacen en el capítulo 3 de esta misma obra]

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

1. La teoría vincular destaca que el campo intersubjetivo es:
 - a) Fundamentalmente un modo de obtener experiencias y compartirlas entre varios sujetos.
 - b) Equivalente a las relaciones interpersonales, la forma en que un sujeto puede llegar a relacionarse con otro.
 - c) La precondition para alcanzar cualquier experiencia.
2. El vínculo es el origen de la diferenciación psicológica, merced a la introyección en el infante de sus tres elementos:
 - a) El Self, el Objeto, y la relación que se produce entre ellos.

- b) El Ello, el Yo, y el Super-Yo.
 - c) Vínculo arcaico; vínculo fundante; vínculo objetal.
- 3. El E.C.R.O. es, según Pichon Rivière:
 - a) El Esquema Conceptual Relacional Objetal, que permite considerar la psicopatología desde lo vincular.
 - b) El Esquema Conceptual Referencial y Operativo desde el que el clínico organiza su modelo de pensamiento, acciones y fines.
 - c) El Elemento Categorizador Relacional Operativo, que aporta un sistema de pensamiento que facilita la observación de los vínculos.
- 4. La relación entre áreas de la conducta y la psicopatología, según Bleger:
 - a) Sitúa las Neurosis (Conducta autoplástica) en el área del cuerpo.
 - b) Sitúa las Enfermedades psicósomáticas (Conducta autoplástica) en el área de la mente.
 - c) Sitúa los Trastornos de la Personalidad y las Perversiones (Conducta aloplástica) en el área del mundo externo.
- 5. Según Bernstein, en el tratamiento se pueden distinguir tres momentos o fases para agrupar las sesiones:
 - a) Pre-tarea, tarea y post-tarea.
 - b) Fase inicial, fase avanzada, fase de terminación.
 - c) Entrevistas iniciales, Acuerdo de tratamiento, Curso del tratamiento.
- 6. Entre las propuestas intersubjetivas que flexibilizan la técnica analítica, están:
 - a) Hacer «foco» en la actividad del analista y su repercusión sobre el paciente.
 - b) Considerar la transferencia como una mera repetición, en gran medida inevitable, de los esquemas del pasado.
 - c) Defender la neutralidad del analista como forma de garantizar su independencia de criterio.
- 7. La clasificación de los prototipos de personalidad que aporta el modelo vincular:
 - a) Utiliza la teoría kleiniana de las posiciones del desarrollo para generar una tipología propia: posiciones aglutinada, esquizo-paranoide, confusa, depresiva.

- b)* Articula dos dimensiones conceptuales: Impulso predominante (sexual, agresión, indefinición entre ambos); y Núcleo de la personalidad de base (Esquizoide, Confuso, Depresivo).
- c)* Distingue entre Organización de la Personalidad Psicótica, Límite y Neurótica.

RESPUESTAS CORRECTAS

1. *c)* 2. *a)* 3. *b)* 4. *c)* 5. *a)* 6. *a)* 7. *b)*

Capítulo 12

Psicoterapia de grupo: modelos, técnicas, aplicaciones

*Alejandro Ávila Espada, Antonio García de la Hoz
y María Luz Rubí Cid*

Guión-Esquema

Objetivos

1. Introducción
2. Historia de la terapia grupal. Los primeros modelos: «La prehistoria del grupo»
 - 2.1. El modelo médico en el grupo
 - 2.2. El modelo empírico en el grupo
 - 2.3. El psicoanálisis en el grupo
3. Modelos grupales contemporáneos
 - 3.1. El grupo terapéutico según Bion
 - 3.2. El psicodrama psicoanalítico
 - 3.3. El grupo-análisis de Foulkes
 - 3.4. El grupo terapéutico de E. Pichon Riviére
4. Variantes técnicas de la psicoterapia de grupo y sus ámbitos de aplicación
 - 4.1. Grupo Terapéutico
 - 4.2. Grupo Intensivo Periódico
 - 4.3. Grupo Intensivo no periódico
 - 4.4. Grupo de Sensibilización
 - 4.5. Grupo Familiar

Resumen y conclusiones

Bibliografía básica y Lecturas recomendadas

Actividades

Ejercicios de autoevaluación

Palabras clave

Psicoterapia de grupo, Grupo terapéutico, Psicodrama, Grupo-análisis, Grupo Operativo, Aplicaciones del grupo, Historia de la psicoterapia de grupo.

GUIÓN-ESQUEMA

Iniciamos la exposición conceptual y técnica de la psicoterapia psicodinámica de grupo con un recorrido histórico, que arranca de la situación de grupo para atención a los tuberculosos, propuesta por Pratt, a principios de siglo. Desde esa situación pionera no han cesado de producirse aproximaciones que han puesto de manifiesto la potencialidad de lo grupal para la clínica, dando lugar, tanto a un conjunto de técnicas específicas (los diferentes modelos y técnicas de psicoterapia de grupo), como a una concepción grupal de la psicoterapia en particular, y de la clínica y el individuo en general.

Los orígenes históricos de la psicoterapia de grupo se estructuran en torno a tres tipos de aportaciones: el grupo como una estrategia médica para ayudar a la mejoría de los trastornos somáticos; la investigación empírica psicosocial sobre el grupo y, finalmente, las aproximaciones pioneras de los psicoanalistas al dispositivo grupal.

La psicoterapia psicoanalítica de grupo contemporánea se sustenta en tres autores fundamentales: W.R. Bion, S.H. Foulkes y E. Pichon Rivière, que serán estudiados separadamente, pues de ellos parten las actuales concepciones de la psicoterapia de grupos que reciben el apelativo de psicoanalítica. Cada uno de estos autores ha proporcionado conceptos básicos. Bion, los conceptos de mentalidad, cultura de grupo y atmósfera grupal, así como los supuestos básicos (Emparejamiento, Dependencia, Ataque-Fuga). Foulkes, los conceptos de estructura y situación que evolucionarán hacia la formalización de una corriente teórica y técnica conocida actualmente como grupo-análisis. Y, Pichon Rivière, el descubrimiento del dispositivo grupal conocido como «grupo operativo» organizado sobre el modelo del cono invertido, la formulación del concepto de tarea y sus fases (pre-tarea, tarea y proyectivo) y la importancia conceptual del E. C. R. O. (Esquema conceptual, referencial y operativo) desde el que se aborda la tarea terapéutica, y que ya se ha introducido en el capítulo anterior. Cada uno de los modelos principales (Bioniano, Grupo-análisis, Operativo) está conceptualmente relacionado con las modalidades de transferencia que se dan en el grupo. Junto a estos modelos se presentan las características de la aproximación psicodramática, creada por Jacob L. Moreno, que ha tenido una honda repercusión, bien como dispositivo técnico al servicio de la psicoterapia de grupo, bien como modelo de intervención independiente.

Las psicoterapias grupales no tienen una finalidad diferente que la de los tratamientos individuales, sino que aportan unos dispositivos técnicos, y unas vertientes de aplicación que complementan las estrategias de intervención individual. En el grupo, la perspectiva del otro/s, contribuye a que se modifiquen fundamentalmente la comunicación, los estilos y las formas de

abordaje de la patología psíquica. Entre las variantes técnicas que se describen están: grupo terapéutico, grupo periódico no intensivo, grupo periódico intensivo, grupo de sensibilización y grupo familiar. Finalmente se introducen las múltiples áreas de aplicación de los dispositivos grupales, de carácter clínico y social-comunitario.

OBJETIVOS

Al finalizar el estudio de este capítulo, el lector/a debería ser capaz de:

1. Trazar las líneas fundamentales de desarrollo histórico de la psicoterapia de grupo, y sus primeros autores y modelos, señalando cómo se anticipan los modelos psicoanalíticos del grupo.
2. Comprender la significación de la obra de W. R. Bion con los grupos, y los conceptos fundamentales que aportó.
3. Situar el psicodrama, desde su creación por J. L. Moreno, en su vertiente psicoanalítica.
4. Describir los ejes organizadores, conceptos y técnicas de la psicoterapia de grupo desarrollada por S. H. Foulkes, y su evolución hasta el grupo-análisis contemporáneo.
5. Comprender los conceptos teóricos aportados por E. Pichon Rivière, y su aplicación al grupo operativo, así como su posterior evolución al grupo terapéutico.
6. Conocer las variantes técnicas del grupo, y sus aplicaciones.

1. INTRODUCCIÓN

Parafraseando la obra del Nobel francés Jacques Monod (1970), podemos asegurar que la psicoterapia de grupo, como otras tantas cosas, surgió del *azar* y de la *necesidad*; azaroso fue que en 1905, los pacientes de un médico de tuberculosos, mientras aguardaban en la sala de espera, se pusieran espontáneamente a comentar sus síntomas, y se implicaran emocionalmente en esas discusiones. Y necesario fue, por su agolpamiento, el tratamiento de los soldados traumatizados por ambas conflagraciones mundiales.

Es notable cómo a partir de situaciones casuales o de urgencia se haya urdido toda una historia de práctica psicoterapéutica, que a pesar de ser mirada, incluso hoy en día, con cierto escepticismo, se ha abierto paso con gran fuerza y ha ido ganando adeptos y popularidad, gracias al trabajo serio y esforzado de los autores que a continuación revisaremos. Y es notorio que cada historiador recopile y ordene el material, señale unas etapas y cite a unos autores según el criterio que le parezca más oportuno. A este respecto se pueden ver, por ejemplo, las ordenaciones de Foulkes (1963), las de Cartwright y Zander (1968) o la de Sbandi (1973). Clasificar autores, corrientes y modelos, plantea siempre un problema en cuanto que a veces no se puede delimitar con precisión donde está cada cual.

Los primeros estudios de los grupos iban encaminados a servir de trampolín para la mejor comprensión, bien del individuo, bien de la realidad social. Fuertemente impregnados de visiones psicologistas o sociologistas, no se pudo tomar al grupo como fuente específica de conocimiento dentro de una actividad novedosa: el trabajo grupal. En este apartado revisaremos las primeras aportaciones desde esta perspectiva, que podemos denominar la Prehistoria del Grupo o de la psicoterapia grupal. En el apartado siguiente veremos las principales concepciones psi-

coanalíticas eminentemente grupales, donde el grupo terapéutico es tomado como el espacio clínico específico, a la vez que fuente de teoría.

2. HISTORIA DE LA TERAPIA GRUPAL. LOS PRIMEROS MODELOS: «LA PREHISTORIA DEL GRUPO»

2.1. El modelo médico en el grupo

Como adelantábamos, las situaciones de urgencia o crisis o inclusive azarosas, son en muchas ocasiones las que provocan la aparición de nuevas formas de ver la realidad. Así ha ocurrido con la psicoterapia de grupos. Podríamos citar a Comus y a Poigniez, como precursores de la misma, pero ha sido Pratt quien es profusamente citado como el pionero. Trabajando en una clínica de tuberculosos, se dio cuenta de que en la sala de espera los pacientes que estaban aguardando la consulta, conversaban espontáneamente entre sí, y que estas charlas influían en el tratamiento por las emociones que allí se expresaban. Pratt se preguntaría algo como lo siguiente: ¿Por qué no les reúno a todos a la vez y lo que les digo por separado se lo comunico en grupo? Y así lo hizo. Pensó en reunirlos una vez por semana, durante hora y media, y allí les explicaba las características de la enfermedad tuberculosa. Les daba una «clase colectiva» (eran 50 o más en cada sesión) y luego discutían el contenido de la misma a base de preguntas y respuestas. Se incluía asimismo alguna técnica de relajación mental y muscular. La «idea genial» de Pratt fue premiar al «buen paciente» y castigar al «malo». «Bueno» era el que seguía las indicaciones terapéuticas en cuanto al régimen y la medicación y «malo» el que no. Los «buenos» pasaban a sentarse más cerca del médico, los «malos» lejos. Pese a lo jocosa que hoy en día pueda parecer esta situación, tuvo el mérito de ser la primera terapia grupal más o menos establecida con unas normas. Evidentemente se establecía un escalafón jerárquico de pacientes, pero que todos conocían y respetaban. Esta técnica favorecía la *dependencia* con respecto al líder (el médico), que sancionaba y aprobaba la conducta de los pacientes, con lo que se establecía una relación excesivamente paternalista. También era una técnica basada en la *sugestión*, puesto que el médico trataba de convencer al paciente de la efectividad de sus consejos. Se creaba un ambiente de competencia y rivalidad por ser el mejor paciente, y acceder a los mejores puestos del «escalafón», con lo que se ganaba en autoestima.

Se trataba de grupos homogéneos (todos tuberculosos) ya que eso podía permitir la situación jerárquica, la base era el tradicional modelo médico de intervención, y sobre todo no era, de manera expresa al menos,

una «psicoterapia», sino una estrategia de apoyo para la curación de enfermos somáticos, con evidente riesgo de muerte en aquella época.

En la misma línea que Pratt, encontramos a Chapel y Low. El primero trabajó con pacientes ulcerosos. El segundo con psicóticos. En todos ellos encontramos la técnica, denominada por Bauleo (1970) como *repre-siva*, donde lo fundamental era seguir las instrucciones del líder (médico o terapeuta), y en función de eso, premiar o castigar. Chapel, si observaba una mejoría en la sintomatología, permitía a los ulcerosos un cambio de régimen alimenticio. Sus instrumentos técnicos eran la *sugestión inducida* (por ejemplo, pensar en cosas positivas y sueños tranquilos para asegurar una buena digestión) y la *autosugestión posterior*. Incluía recomendaciones o consejos a los pacientes, como no comer cuando se está angustiado, no discutir los síntomas con familiares o amigos, controlar las preocupaciones, etc. Low estipuló el principio de autoridad-sabotaje con sus psicóticos. El médico formula el plan de terapia, el diagnóstico, el tratamiento, etc. Si el paciente tiene síntomas incontrolados que no se ajustan a ese plan es un «saboteador», que pone en duda la autoridad del médico. Consecuente con este modo de proceder era el electroshock, que Low empleó como recurso terapéutico.

Estamos lejos de estas técnicas primitivas, pero no olvidemos el tipo de pacientes que sirvieron para estas pioneras experiencias grupales: tuberculosos, ulcerosos, psicóticos. Bastante obvio parece que las técnicas anteriores cubrían fundamentalmente funciones de control, bien ante la concreción de la enfermedad somática (tuberculosis, úlcera), bien ante la gravedad del cuadro psíquico (psicosis).

Un avance práctico lo efectuó Lasell en 1921 con sus grupos de *esquizofrénicos*. Su técnica era más didáctica y fraternal y no tan impositiva como las anteriores. Reunía a los pacientes y les hablaba o leía material sobre historias reales o ficticias, que se centraban en temas como la sexualidad, la masturbación, etc., y posteriormente seguía una discusión sobre ellos. Para Lasell, la *participación* de los esquizofrénicos en esas discusiones era un buen indicativo terapéutico, y la misma era facilitada por el carácter impersonal de las comunicaciones preliminares. La diferencia con los anteriores autores es que no se hacía mención especial en clasificar a los pacientes en buenos y malos, colaboradores o saboteadores, etc. La relación que se establecía en el grupo era de índole más igualitaria. La autoridad médica, aunque se reconocía, no se imponía a la opinión de los pacientes. Marsh, hacia el fin del primer cuarto de siglo, continuó esta trayectoria, intentando reducir y atenuar el poder de la figura del terapeuta. También realizaba charlas y discusiones, aunque aquí el tema era lo menos importante. Lo fundamental era la creación de un

ambiente propio, de un **clima grupal**. Como extremo de esta tendencia, digamos fraternal, tendríamos asimismo los primeros grupos de autoayuda, los *Alcohólicos anónimos* (1935), aunque se trataría aquí, más que de un grupo terapéutico, de la formación de una microsociedad, con gestión económica propia y participación voluntaria. Estos grupos de alcohólicos, tratados por ex-alcohólicos, se centraban en lo que podemos llamar la *sublimación* de las tendencias que llevan a la bebida.

2.2. El modelo empírico en el grupo

El estudio del individuo dentro del grupo fue emprendido por una serie de autores, que sin relación directa con la clínica o la psicoterapia, contribuyeron a entender el fenómeno de lo grupal. Es por esa razón que merecen un lugar en esta revisión histórica. Sus investigaciones se centran sobre todo en el método experimental y fueron emprendidas a partir de 1920. Podemos agruparlas bajo el nombre de *corriente psico-empírica del grupo*, y sus principales autores se resumen en el cuadro anexo. Las investigaciones que se mencionan despertaron el interés por el «tema» grupo, aunque resulta bastante evidente que permanecen en un nivel exclusivamente descriptivo, que fue el único que les interesó. Por ejemplo, todo el contexto social que envuelve al sujeto y la ideología subyacente no se ponía en cuestión. Sólo importaba comprobar el efecto de «lo social» sobre «lo individual» y fundamentalmente el estudio de las reacciones individuales.

Cuadro 1. Corriente psico-empírica del grupo

Allport (1924) es el primer representante de esta corriente, sobre todo por la introducción del concepto de «*facilitación social*», entendido como todos aquellos elementos que el grupo aporta al individuo, a pesar de su concepción marcadamente individualista. Son clásicos sus experimentos con estudiantes, donde les pedía que escribieran todas las palabras que les vinieran a la mente. Esta tarea la realizó por separado y en grupo (aunque sin interactuar). Los alumnos de Allport citaron alrededor de un 90% de palabras más en grupo que aislados, y a partir de aquí, en su libro «*Psicología Social*», acuñó el término de «*facilitación social*». Ahora bien, esta *facilitación*, al parecer no era tan efectiva cuando se trataba de resolver problemas, donde la situación de aislamiento se evidenció como más productiva. Esta línea de investigación, fundamentalmente cognoscitiva, ha sido continuada por otros autores como Dashiell, Zajonc (1965), etc.



Sherif, a partir de 1935, trabajó sobre la influencia de la *presión social* en las opiniones personales. La tarea era valorar el supuesto movimiento de un puntito de luz en la oscuridad. El fenómeno auto-cinético describe que dicho puntito de luz en una exposición temporal breve se percibe como si se moviera. Los sujetos experimentales, uno por uno, valoraban el supuesto movimiento (hay que notar que no se conocían entre sí). Sherif hizo decir en voz alta las valoraciones más dispares y *en grupos de dos o tres personas*. Lo que descubrió fue un efecto de convergencia de normas en dicha valoración cuando se pasaba de una situación individual a otra de grupo. Más tarde, tanto Sodhi (1953 y 1963) como Von Cranach, confirmaron los resultados de Sherif en orden a certificar la influencia de la opinión ajena (presión social) en la personal, y con situaciones experimentales más controladas.

Famosos han sido igualmente los experimentos de **Asch** (1951) sobre la percepción y el pensamiento en el grupo, donde pretendía eliminar el factor subjetivo del experimento de Sherif (pues el movimiento del puntito de luz es sólo perceptible de forma subjetiva). La tarea que propuso fue la de percibir la diferencia de longitud de varias líneas. Cada sujeto experimental daba su opinión, aunque siempre en presencia de 7 ó 9 personas determinadas por el equipo experimentador que también daba su opinión, a veces incorrecta, pero unánime. Es decir, había una mayoría grupal que intentaba influir en la opinión personal a la hora de resolver la tarea. Se comprobó una tendencia a adoptar el punto de vista de la mayoría, aún cuando éste fuese erróneo. El experimento se enriqueció sucesivamente (en 1958 y 1963), añadiendo un «compañero sincero», «compañero de compromiso» y «mayoría no unánime». El individuo tenía que hacer frente a la opinión grupal y se forzaba a que ejecutase un comportamiento independiente frente al grupo; se comprobó que este comportamiento, según lo llamativo de la diferencia entre su opinión y la del grupo, tendía a menguarse. La independencia y la sumisión eran presupuestos psicológicos que variaban en cada persona y en relación a la amplitud de la discordancia se resolvía la tarea. La conclusión de todos estos experimentos fue muy importante: Además de la presión social, hay factores de la «personalidad individual» difícilmente comprobables.

Freedman y Fraser (1966) trabajaron sobre el *asentimiento sin o con escasa presión*. Partieron de la hipótesis siguiente: Si se logra llevar a un sujeto a acceder a un deseo de poca importancia, se le puede luego conducir a que conceda favores de mayor cuantía. Los mismos autores se dieron cuenta de la complejidad del tema en sus situaciones experimentales y dejaron muchas interrogantes explicativas.

Dentro de esta corriente empírico-experimental, hay que mencionar también a **Newcomb**, fundamentalmente por su «preciso» concepto de grupo, que implicaba compartir normas, y entrelazar roles.



Y mencionaremos finalmente los experimentos de **Milgram** (1960-1966), basados en el conflicto en que cae un *individuo* cuando recibe la orden de *perjudicar a un tercero*. La tarea era comprobar si un sujeto era capaz de aplicar electrochoques a otro en castigo por sus errores. En caso afirmativo, ver con qué intensidad. Se llevó a cabo en la Universidad de Yale con sujetos de 20 a 25 años de diferentes profesiones y se les dio 4'50 US \$ por participar en el experimento. En las respuestas se valoraron dos tendencias opuestas: 1) No hacer daño a otro y 2) Obedecer a la autoridad. Se estudió *el efecto que la proximidad de la víctima* ejercía sobre la obediencia del sujeto experimental, en cuatro condiciones: *a)* La víctima no era vista ni oída. *b)* Era oída. *c)* Vista y oída en la misma sala. *d)* La víctima debía colocar su mano para la descarga. Se concluyó que a más acercamiento a la víctima, menos se obedecía a la autoridad. También se estudió *el efecto de la proximidad de la autoridad* en tres condiciones experimentales: *a)* El director del experimento (la autoridad) estaba en la misma sala que el sujeto experimental. *b)* La autoridad abandonaba la sala y luego daba las instrucciones por teléfono. *c)* La autoridad no era vista en ningún momento y daba las instrucciones, bien por cinta, bien por teléfono. El resultado fue que a más proximidad de la autoridad más obediencia. Hubo psiquiatras que pronosticaron sobre estos experimentos. Se alcanzaron tres conclusiones generales: 1) El campo de fuerza disminuye al aumentar la distancia psicológica de su origen, o dicho con palabras más sencillas, hay menos presión social en la medida en que la fuente de dicha presión se encuentre más alejada del sujeto. 2) El campo de fuerza ejerce un control sobre el sujeto experimental, o sea, la presión social existe. 3) Resultó falsa la hipótesis de que los sujetos experimentales interrumpen el experimento según su conciencia moral o su estado de ánimo.

2.3. El psicoanálisis en el grupo

Partícipes de la cultura y sensibilización grupal que se había venido construyendo desde principios de siglo, podemos encuadrar aquí autores pertenecientes a la corriente psicoanalítica, que basados en las concepciones de Sigmund Freud, iniciaron un modelo de psicoterapia grupal que se ha ido perfeccionando a lo largo de los años hasta nuestros días. Se toma de nuevo el tema de la clínica y la psicoterapia, aunque ya no sólo se *describe*, sino que se intenta *explicar* (interpretar) la conducta del individuo en el grupo, tomando a éste como *un medio de cambio para el sujeto individual* y todavía no como un objeto específico de estudio en sí mismo. Freud, partiendo de los estudios de Le Bon, Tardé y Mac Dougall, se interesó por la función de las masas sociales, formulando la hipótesis siguiente: El individuo se comporta de forma distinta en presencia de

otros, y si esos otros son una masa, su conducta es del todo imprevisible. Nociones, que desde otro punto de vista, podemos ver expuestas en *La rebelión de las masas* (1930) de Ortega y Gasset, con opiniones como las de que la masa es el signo de nuestro tiempo y que impone su mentalidad, donde el individuo queda abortado, etc. También Fromm, en su *Miedo a la libertad* (1941), expresaba opiniones parecidas. Para Freud, la familia es el modelo de grupo a estudiar y en cuanto a las masas, intentó ofrecer una explicación (1920) alrededor del concepto de «identificación con el líder» y la supuesta relación libidinal con él. Pero nunca trabajó de manera manifiesta en psicoterapia grupal. Fue el tratamiento de soldados y de neurosis traumáticas (de guerra) lo que originó e impulsó la aplicación del psicoanálisis al grupo.

Quizás haya sido Ernst Simmel el primero en utilizar el esquema referencial psicoanalítico en grupos de terapia. Tenemos noticias del libro que publicó a principios de 1918 sobre el tratamiento grupal del trauma psíquico y las neurosis de guerra, que fue bien acogido principalmente por los médicos militares preocupados por recuperar a sus soldados y porque los tratamientos grupales garantizaban una mayor asistencia. El tema de las neurosis de guerra era, como es obvio, motivo principal de interés. El *V Congreso Psicoanalítico Internacional*, llevado a cabo en Budapest en septiembre de ese año (1918) contó con su asistencia. Simmel partió de la teoría freudiana de las «neurosis traumáticas» y como, en principio, los soldados padecían un trastorno común, se esperaba que cualquier abreacción individual (la meta terapéutica de estos grupos), es decir, la descarga emocional concomitante a la situación traumática bélica, repercutiese beneficiosamente en el resto de los miembros del grupo, supuestamente impresionados por escenas muy similares.

Más adelante, en el periodo entre guerras, comenzaron a surgir otras publicaciones psicoanalíticas. Así Louis Wender en 1936 y poco después Paul Schilder, se plantearon manifiesta e intencionalmente la realización de grupos terapéuticos «psicoanalíticos» con pacientes suyos individuales. Schilder intentó precisar los procesos que se daban en el individuo en situaciones de grupo y llegó a una concepción y análisis de las *ideologías*, a las que definió como ideas y connotaciones con que el ser humano intenta orientar su acción. Su técnica era centrada en el individuo, sobre su pasado histórico y sobre sus características personales y su objetivo era conseguir el «insight» del paciente sobre ello. Schilder indicaba la terapia individual y la grupal como complementarias y prescribía las dos a la vez. Se encontraba pues en una concepción bastante actual, aunque no supo encararla correctamente. Como autor pionero de la psi-

coterapia psicoanalítica en grupo, fue lógicamente pionero también en intentar resolver las dificultades que se le presentaron y tuvo que variar algunas cosas del encuentro individual tradicional del psicoanálisis. Por ejemplo, se dio cuenta de la dificultad de la mera utilización de la asociación libre en el grupo. Aunque en principio partidario de ella, debió de presenciar situaciones un tanto caóticas en el intento de aplicarla a rajatabla en el grupo. Pensó entonces en utilizar un cuestionario con los pacientes que marcaba el tema de la sesión, con lo que comprobó cómo la asociación libre ya no lo era tanto. Al considerar las dos situaciones (individual y grupal) como complementarias se le presentaron dificultades contratransferenciales, sobre todo por la dificultad de llevar adelante los dos roles, al tener que compartir los secretos de los pacientes individuales. No pudo con ello. Quizás era demasiado pronto.

La interpretación del individuo en el grupo fue retomada más adelante por autores norteamericanos, que extremaron esta concepción. Así tenemos a S.R. Slavson, que denomina su método como «Psicoterapia psicoanalítica de grupo», aunque en realidad no toma al grupo como a un todo, pues era opuesto a cualquier consideración «organísmica» grupal. Su objetivo era tratar psicoanalíticamente al individuo *en* el grupo y esta terapia es en todo equivalente a la situación psicoanalítica individual. Publicó en 1950 un importante tratado, «*Analytic Group Psychotherapy*», que puede ser considerado como el primer manual de psicoterapia psicoanalítica de grupo, por lo menos en lo que se refiere a un intento de sistematizar la técnica. Su contribución más original, sin embargo, se sitúa en el campo de los grupos de niños, con técnicas basadas en la actividad extraverbal y el juego. Hace especial hincapié en el análisis de la transferencia, considerándola como de distinto signo que en la situación individual. En el grupo es multilateral y además tiende a diluirse. Su énfasis estuvo puesto en los efectos que el grupo tenía en el individuo, no en lo opuesto. Tanto él como Klapman, llegaron a acuerdos similares en lo que se refiere a la pregunta «¿A quién interpretar?». Lógicamente respondieron: Al individuo, que es el centro de la acción terapéutica. Pero con ello alcanzaron concepciones interesantes sobre la homogeneización del grupo para que la interpretación alcanzara a todos: sobre los criterios de selección de los integrantes, su unificación, sobre cómo se prepara un grupo de terapia, etc.

Dentro de esta llamada «escuela americana», también hay que citar a A. Wolf, que pensaba que el psicoanálisis en grupo no era ni más ni menos que un psicoanálisis individual aplicado en un marco grupal. Sin más. Es por eso que a esta tendencia la denominamos *Psicoanálisis individual con espectadores*. Trabajó en Nueva York. Para Wolf, el grupo es un

marco ideal para la explicación del pasado infantil reprimido del individuo. El grupo hace de caja de resonancia idónea para la supuesta regresión del paciente. Su principio más enérgico era considerar que el inconsciente de un sujeto era tan accesible en la situación grupal como en la individual y que además podía ser revelado con técnicas idénticas (interpretación, análisis de sueños, construcciones, etc.) Su pretensión fue aún mayor. Afirmó que la situación grupal permitía una exploración psicoanalítica más profunda de lo que a menudo se puede alcanzar en la situación individual y llegó a postular un «Yo-grupal» con el cual el paciente del grupo se identificaría gradualmente. Reconociendo sus esfuerzos por el grupo y su defensa de este tipo de tratamiento, podemos formular dos críticas fundamentales: la primera, referente al llamado «Yo-grupal», concepto muy ambiguo. La segunda, a la confusión de Wolf en cuanto a la asimilación de Profundidad con lo más antiguo genéticamente, lo cual no es totalmente cierto.

En general, la falta de una concepción propia, eminentemente grupal, es lo que les falta a los anteriores autores y es también lo que determina su orientación, forzándolos a una transposición mecánica del aparato conceptual psicoanalítico (basado y extraído de la situación individual) a la nueva situación de grupo. Poco a poco se fueron acumulando experiencias y un nuevo lenguaje empezó a surgir; tomando ya al grupo como-un-todo, lo que provocó un buen número de conceptos teóricos. Será sobre todo especialmente a partir de Bion, Foulkes y Pichon Rivière que comienza a escribirse la auténtica historia de la psicoterapia psicoanalítica *de* grupo.

3. MODELOS GRUPALES CONTEMPORÁNEOS

Consideramos en este apartado a los autores inspiradores de las actuales prácticas terapéuticas grupales, y a la vez generadores de la mayor parte de los conceptos de los que nos servimos en la clínica grupal.

3.1. El grupo terapéutico según Bion

Bion es un psiquiatra inglés de formación psicoanalítica kleiniana (véase *Capítulo 6*). Trabajó en hospitales militares en el adiestramiento de soldados neuróticos durante la segunda gran guerra. Realizó experiencias grupales en las que defendía el concepto de **ocupación** como planteamiento terapéutico. En 1948 trabajó en la clínica Tavistock de Londres con grupos cuya tarea era el estudio de las tensiones que surgían. El se introducía como un integrante más, es decir, con un enfoque *estricta-*

mente transferencial, no dirigía al grupo, sino que se limitaba a ir interpretando los fenómenos que de él emergían.

Sus trabajos han sido pioneros de la concepción orgánica del grupo y sobre todo en la consideración del liderazgo como función de la praxis grupal. El grupo determina al líder y éste surge de la atmósfera emocional de aquel. Sus elaboraciones grupales han sido recogidas en un único libro *Experiencias en grupo* (1948) y su teoría ha sido profusamente recogida y estudiada por múltiples autores (Foulkes 1963; Grinberg, Langer y Rodríguez 1957; Pagés, 1968; Bauleo, 1970, Sbandi 1973; en nuestro medio, por García de la Hoz, 1976 y 1978; Ibañez 1981; Loren Nacher y Camarero, 1985, entre otros).

Podemos dividir sus aportaciones en dos apartados: a) Lo que tiene que ver con la organización grupal o estructura y b) Lo que tiene que ver con la praxis o funcionamiento grupal.

Respecto a la **organización grupal**, Bion acuña términos como **mentalidad grupal** y **cultura de grupo**. La mentalidad grupal es definida como la «expresión unánime de la voluntad del grupo, a cuya formación el individuo contribuye de manera inconsciente» y que «puede oponerse a los deseos individuales». Se trata de establecer una oposición entre parte y todo, individuo y grupo, que terminará saldándose en un compromiso o «cultura de grupo», que Bion define como el resultado o estructura que un grupo logra en un momento dado. Así como la mentalidad grupal nos habla del enfrentamiento todo-parte, de lo interpersonal versus lo intragrupal, la cultura de grupo plantea una organización más amplia, transpersonal. En toda la trama organizativa son importantes los liderazgos que van apareciendo y que delimitan las estructuras de los sucesivos momentos del acontecer grupal.

En cuanto a la **praxis grupal**, lo más original y creativo de su trabajo, Bion entiende la vida del grupo en dos niveles, lo que resulta bastante habitual para psicoanalistas familiarizados con oposiciones tales como manifiesto/latente, consciente/inconsciente, primario/secundario o principio del placer/principio de la realidad. Un nivel «superior» o **grupo de trabajo**, que es racional y consciente, donde los miembros llevan a cabo la tarea asumida voluntariamente y eligen a sus líderes de acuerdo con las capacidades reales de llevar adelante cada situación planteada. La actividad en este nivel sería semejante a la que, en términos de la segunda tópica freudiana, se denominaría «actividad yoica». Primaría el principio de realidad y roles y tareas serían repetidos de forma consciente y voluntaria, al modo de un grupo social cualquiera (Iglesia, Ejército o Aristocracia).

El nivel anterior de ejecución grupal se ve perturbado constantemente por otro más «profundo», **el grupo de supuesto básico** (*basic assumption*), dominado por las emociones y que tendría poco que ver con la racionalidad. Así, para Bion, en el acontecer de todo grupo hay una oposición fundamental entre el *work group* (grupo de trabajo) y el *basic-assumption group* (grupo de supuesto básico). El primero depende de la capacidad de cooperación de los miembros para organizar el trabajo con vistas al desarrollo de determinadas funciones. El segundo no depende de esa capacidad consciente de cooperación, sino de necesidades emocionales que hacen que los miembros se aglutinen alrededor de la persona que mejor puede representarlas.

Bion define *el supuesto básico* como una fantasía subyacente y unitaria, como una «creencia emocional de la que participan todos los miembros del grupo y que los impulsa a tener al unísono un determinado tipo de fantasías e ideas». Delimitó tres supuestos básicos (Dependencia, Emparejamiento y Ataque-fuga) a los que correspondería un determinado tipo de líder; que sería la persona que mejor encarna e interpreta las necesidades o creencias emocionales respectivas, que han emergido de una forma un tanto «caótica» e imprevista para perturbar la tranquila y sofisticada actividad del grupo de trabajo.

Cuadro 2. Los Supuestos Básicos según Bion

Supuesto Básico de dependencia (*dependent assumption*). Aquí, el grupo apoya y venera a un líder al que idealiza y del que espera recibir los alimentos reales y concretos. Se produce una pérdida de individualidad (que es común a todos los supuestos), un fenómeno parecido a la despersonalización de Le Bon. Un requisito de este supuesto es que todos los miembros reciban la misma parte de «alimentos» por parte del líder, que es el terapeuta por lo común (en un grupo psicoterapéutico). El líder es un ser ideal cuya capacidad de dar es omnipotente e inagotable. En el grupo, bajo este supuesto, se establece la separación pacientes/terapeutas tan fuertemente como sea posible. El beneficio no procede del grupo, sino sólo del líder. La «virtud» principal es el temor y el clima suele ser de reproche hacia el líder si éste no cumple su función nutricia.

Supuesto básico de emparejamiento (*pairing assumption*). Es una noción bastante más compleja de transmitir, debido, en parte, a la ambigüedad con que Bion la formuló: «El grupo centra su atención en una pareja creada», «Actúa como si esta situación fuera de índole sexual», «No interfiere en ella sino que le da su beneplácito», «Espera la llegada de un hijo



mesiánico de dicha pareja». Se suele interpretar este supuesto como una pareja creada por las necesidades del grupo. Esta pareja es tomada como conciliadora y reparadora de la tarea en que el grupo ha fracasado, y el líder será lo que de ella salga («el hijo mesiánico», una idea etc.). Los sentimientos predominantes son el polo opuesto a los de odio y destrucción o desesperación, es decir, la esperanza será la virtud esencial, y para que ésta se mantenga es necesario que el líder «no haya nacido» y esté por venir.

Supuesto básico de ataque-fuga (*fight-flight assumption*). El grupo tiende a buscar un caudillo que dirima un pleito agresivo y se dispone a agredir o a ser agredido. La hostilidad, el valor, la fuerza y el miedo son las emociones predominantes. El enemigo puede estar dentro o fuera del grupo. Si está dentro puede provocar la creación de cismas o subgrupos. El líder será, naturalmente, quien mejor funcione en esta eventualidad y el grupo puede convertirse en paranoide si necesita proyectar la agresividad fuera. El enemigo intragrupo más común suele ser el propio terapeuta (cuánto más se le idealizó antes más se le ataca ahora). El grupo se une para luchar por algo o para huir de algo.

Cada integrante del grupo de supuesto básico está en posesión de una *valencia* (*valency*), palabra que Bion elige porque «en física se emplea para indicar las fuerzas que unen a los átomos», y que viene a cumplir la misma función que la cooperación en el grupo de trabajo. Para Bion, la valencia es un factor cohesivo espontáneo de cada individuo, que entra por ella en combinación instantánea e involuntaria con otro/s, para compartir y actuar en el plano del supuesto básico. Puede ser positiva (alta) y negativa (baja) según cada sujeto, es decir, que un miembro puede consonar rápidamente con una situación de dependencia (valoración alta en este supuesto) y no tanta en una de emparejamiento (valencia baja aquí).

Dentro del discurrir grupal, los supuestos básicos no activos en el momento presente, no es que no existan, sino que según Bion se encuentran recluidos en el llamado *sistema protomental*, concepto algo oscuro que viene a ser una especie de límite entre lo fisiológico y lo psicológico donde ambos niveles están indiferenciados (como el concepto freudiano de pulsión) y que Bion necesita al postular que dos supuestos no pueden estar activos simultáneamente. Con ello parece indicar un origen grupal de la afectividad, una afectividad colectiva que está en la base de los afectos individuales, aunque sin embargo Bion nunca llegó a formalizar un concepto apropiado de la relación o del vínculo humano, y fracasó al establecer una cadena significativa entre lo singular y lo colectivo.

Con Bion tendríamos una concepción grupal de la afectividad pero sin concepto de relación, por lo que cae en un marco referencial excesivamente psicologista.

No hay duda de que la concepción bioniana es afín a la *teoría kleiniana* y ello le lleva a posiciones de partida ya preescritas. A pesar de apuntar un origen grupal de la afectividad humana, no la concibe como producto de un vínculo, sino a partir de instintos de apropiación (vida) o destrucción (muerte), tal y como le indicaba el kleinianismo, y, de esta forma, el grupo es siempre un sustituto del *seno materno*.

Por ello formulamos a Bion una triple crítica:

- a) En primer lugar **epistemológica**, basada en el ingenuo desconocimiento del papel que Bion tenía en los grupos de soldados. Se incorporó como un integrante más y se dijo: «Ellos tienen fantasías sobre mi presencia» y a partir de ahí teorizó los supuestos básicos. Naturalmente que tenían fantasías, y no sólo las que el kleinianismo como a priori teórico le podría marcar. Bion era psiquiatra, comandante militar y superior de los soldados-neuróticos-pacientes. Se produjo un olvido del contexto real. Aunque es cierto, tal como apuntó Jesús Ibáñez (1981) que «este reproche podría hacerse a casi todos los que utilizan técnicas de grupo». Bion cayó en una visión psicologista del grupo a pesar de sus esfuerzos por demarcarse de la visión individualista, tradicionalmente moldeadora de lo grupal. Sus concepciones teóricas basculaban todavía demasiado sobre pautas individuales, por ejemplo su tremendo hincapié en el líder.
- b) En segundo lugar, una crítica en base a **la dinámica grupal**. Se relacionaba el concepto de supuesto básico y sistema *protomental* con la sociabilidad sincrética propuesta por Bleger. De esta forma, el grupo bajo supuesto básico significaría una ruptura del *clivaje* entre las dos sociabilidades de Bleger (la sincrética y la de interacción), lo que provocaría que el trabajo racional del grupo se viese perturbado por un material caótico, emocional e indiscriminado. Pero Bion dicotomizó en extremo la vida del grupo en lo racional y lo afectivo. Dos grupos, dos lenguajes a los que consideró de manera distinta, pues priorizó lo emocional. Ello puede provocar fácilmente la formación de clanes y el consiguiente clima de clandestinidad afectiva.
- c) Por último, una crítica **estructural**, es decir en base a su concepto de grupo: ¿Individuo en grupo? ¿Grupo como tal? ¿Grupo como microsociedad? Bion no pudo responder a estas cuestiones. Se limitó, y no es poco, a intentar establecer un orden en el caos emocional de lo grupal. Ha sido pionero en esa labor y justo es que se lo reconozcamos. El juego dialéctico de los supuestos básicos ha

dado cierta luz a posteriores comunicaciones sobre lo que ocurre en psicoterapia grupal.

3.2. El psicodrama psicoanalítico

Jacobo Levy Moreno fue el iniciador de esta corriente terapéutica con una perspectiva y metodología eminentemente grupales en principio. Además fue el verdadero introductor del término «psicoterapia de grupo». Su intención manifiesta fue aportar a la situación analítica los elementos que según él allí faltaban. Por un lado, proporcionar una ecología al relato verbal, y por otro, dar una dimensión grupal a la terapia. También fue el creador de una línea de investigación social con el SOCIOGRAMA, estableciendo con ello una metodología de medida de las relaciones sociales (elecciones, rechazos e indiferencias).

Moreno intentó delimitar el concepto de grupo a partir de una *teoría del rol*. Partió de unos hechos reales, de elementos empíricos de la situación psicodramática: personas, grupos, espectadores, escenarios, el actor-paciente, el director, el yo-auxiliar, etc., y mediante un método aparentemente grupal y con unas técnicas adecuadas (el doble, el espejo, el soliloquio, la inversión de roles, etc.), empezó a producir conceptos, a realizar unas primeras abstracciones en un intento de formalizar un sistema conceptual sobre el grupo. Así nacieron conceptos como **catarsis**, **espontaneidad**, **telé**, **«warming up»** (calentamiento), etc. y fueron tomando un significado preciso dentro de ese sistema. Moreno creyó estar en posesión de un instrumento realmente valioso y pensó que la **noción de rol** podría unificar todo, como la piedra angular esencial de la construcción. El rol se convertía así en el objeto de conocimiento fundamental para una teoría de lo grupal.

Moreno investigó dicho concepto desde varios ángulos. Por ejemplo desde la *aptitud del individuo* y distinguió la **percepción del rol** (actitud cognoscitiva que prevé las inminentes respuestas), la **representación del rol** (habilidad para actuar y que puede ser inversamente proporcional a la percepción) y el **desempeño de roles** (*role playing*, que está en función de las anteriores y que es un entrenamiento en roles para aprehenderlos, como se muestra extraordinariamente en la película impresionante de Kurosawa «Kagemusa, la muerte de un guerrero»). También distinguió el rol según su *grado de libertad* en **asunción de roles** (actuar con un rol previamente establecido, sin variación individual), **representación de roles** (con cierto grado de libertad) y **creación de roles** (con alto grado de libertad y espontaneidad). Para Moreno los roles son anteriores al surgimiento del Yo y es éste último el que surge de los roles y no

al revés. Así hablaríamos de roles fisiológicos o psicosomáticos, roles psicológicos o psicodramáticos y finalmente, roles sociales. La **función del rol** sería entrar en el «inconsciente desde el mundo social para darle forma y orden».

Con todo ello Moreno pensó que estaba ante algo realmente definitivo y que ampliaba el concepto de inconsciente freudiano, tanto desde el punto de vista epistemológico como desde la intervención terapéutica. Algo de verdad había en ello pero no tanta como él pensó. Su marco de acción no pudo desprenderse del todo de la tradición individualista que criticaba al psicoanálisis clásico y su misma definición de rol lo atestigua: «Forma de funcionamiento que asume un individuo en un momento específico, como reacción a una situación específica, donde están involucrados otras personas u objetos». Esta definición es inservible para conceptuar sobre el grupo, tal y como la usa Moreno. El rol es un concepto eminentemente individual pese a sus esfuerzos. Otra cosa es su intención grupalizante, claramente encomiable y que ha sido ampliamente reconocida.

Desde el inicio, el psicoanálisis estuvo en la base de la gestación de los conceptos de Moreno, que intentó y consiguió crear un marco novedoso para la situación terapéutica. Actualmente podemos decir que el psicodrama clásico moreniano apenas es utilizado en psicoterapia de grupo. Se ha unido irremediablemente con quien ya estaba desde el origen: el psicoanálisis, y así se ha desarrollado *el psicodrama psicoanalítico*. Hoy en día no se hacen grupos psicodramáticos puros que no estén sustentados por el psicoanálisis como vertiente terapéutica fundamental. Era algo inevitable. El psicodrama psicoanalítico se puede definir como el grupo terapéutico conducido con los principios del psicoanálisis (aplicados al grupo) en el que se introducen las técnicas psicodramáticas (doble, espejo, etc.), respetando las fases claves del desarrollo de la sesión de psicodrama: «warming up», dramatización y comentarios finales postdramáticos. En cualquier caso podemos concluir que el encuentro entre el psicoanálisis y el psicodrama ha sido fructífero y ha dado lugar, sobre todo, a dos escuelas que han desarrollado esta línea de investigación grupal: *La escuela latinoamericana* (con Eduardo Pavlovsky, Fidel Moccio, Carlos Martínez Bouquet, Hernán Kesselman, etc) y *la escuela francesa* (con D. Anzieu, Lebovici, P. Lemoine, R. Kaës, etc).

3.3. El grupo-análisis de Foulkes

Foulkes como Bion, comenzó sus experiencias de grupo con soldados que padecían las denominadas «neurosis de guerra». Iniciador de la corriente que más adelante se denominará *Grupo-Análisis*. En 1944

comenzó la psicoterapia de grupo pequeño en el Hospital de Northfield. Pasada la guerra, en 1949, dio principio, junto con un grupo de seguidores, a unos seminarios semanales en su consultorio particular y por fin, en 1952, fundó la Sociedad de Grupo-Análisis de Londres, creada para fomentar el Grupo-Análisis tanto clínico como aplicado. Pat de Maré ha sido el continuador más destacado de esta orientación, sobre todo en cuanto se refiere al Grupo Grande (*Large Group*).

La obra clave para comprender la aportación de Foulkes es «*Psicoterapia de grupo. La aproximación psicoanalítica*» (1957), en colaboración con E.J. Anthony. En este libro podemos observar lo más fundamental de su modelo y su diferencia con otros parecidos. Introduce un breve bosquejo histórico, en el que la aportación de los autores se inserta en un tercer momento, tras los dos anteriores, que corresponden respectivamente a la escuela americana (Slavson y Wolf) y al modelo del grupo como-un-todo (de Bion, Ezriel, Sutherland, etc). El modelo de Foulkes vendría a superar a estos otros, aportando rasgos distintivos pasados por alto por los anteriores.

Los modelos de Bion y Foulkes (eligiendo a ambos como representantes genuinos de sus respectivas líneas) tienen diferencias teóricas más que evidentes, pero no ocurre así en lo que se refiere a la práctica terapéutica. En este punto coincidimos con Guillem Nacher y Loren Camarero (1985) cuando afirman que las «diferenciaciones suelen ser más teóricas que prácticas, y corresponden más a la necesidad de simplificar o esquematizar las cosas, cuando se escribe sobre ello, que a lo que ocurre en la realidad». Foulkes mismo ve su concepción diferente de la de Bion y se centra sobre todo en el distinto sentido que toma para él la situación psicoterapéutica grupal. Para Foulkes, **la situación** no es solamente un todo orgánico explícito a partir de la diferencia entre grupo racional o de trabajo y grupo emocional o de supuesto básico, sino un «todo social» formado a partir de todas las comunicaciones y relaciones entre los miembros, que a su vez son tomadas como una parte de ese todo social (o campo total) de interacción. Es lo que se denomina **matriz grupal**. De esta forma, términos como «mentalidad grupal» o «cultura de grupo», no son empleados en absoluto, pues no se trata de distinguir o separar al grupo de su entorno social.

Los rasgos más significativos de su modelo son los siguientes:

1. Siete u ocho miembros se reúnen durante hora y media y se sitúan en círculo junto al analista.
2. No se dan instrucciones ni programa, sino que las contribuciones surgen espontáneamente.

3. Todas las comunicaciones son tratadas como el equivalente en el grupo a la asociación libre del sujeto en el psicoanálisis individual.
4. La actitud del terapeuta es similar a la del tratamiento individual.
5. Se tienen en cuenta todas las comunicaciones y relaciones como parte de un campo total de interacción (Matriz grupal).
6. Todos los miembros del grupo toman parte *activa* en el proceso terapéutico total.

Para Foulkes, es clave la noción de *situación*, para la que ha recogido herencias de la teoría de K. Lewin y de la sociometría de Moreno. La situación es un acontecimiento total, cuyas partes suman algo menos que el todo y que se extiende, infinitamente, en todas las dimensiones. Es una especie de representación en miniatura del mundo. En la práctica psicoterapéutica se analiza en términos de estructura, proceso y contenido. En síntesis, **la estructura** se refiere a las pautas de relación relativamente estables y continuas, forjadas a partir de los roles habituales desempeñados por los miembros. Conduce a efectuar un análisis estructural, que es pertinente, por ejemplo, para localizar alteraciones en el grupo. **El proceso** es el conjunto dinámico de la situación, función de la interacción de los miembros y de sus relaciones verbales y extraverbales. A través de la estructura y el proceso, se canaliza **el contenido**, que lleva a efectuar un análisis del mismo (valores, ideas, sentimientos y sensaciones) y que se vincula claramente con la psicopatología. Estos tres aspectos de la situación son inseparables entre sí. Foulkes reconoce expresamente la influencia ejercida en sus ideas por la escuela de la Gestalt (Kurt Goldstein), por la sociometría de Moreno, por los puntos de vista sociológicos de Mannheim y Elías y por la topología de Kurt Lewin.

En general, la psicoterapia psicoanalítica de Foulkes parte de tres pre-condiciones:

- Apoyo en la comunicación verbal.
- El miembro individual es el objetivo último del tratamiento.
- El principal instrumento terapéutico es el grupo.

También señala tres factores básicos para la transformación terapéutica:

- El uso de la «libre discusión flotante», equivalente a la «asociación libre» del psicoanálisis clásico.
- Que todo el material producido en el grupo y las acciones e interacciones de sus miembros sean susceptibles de análisis; y

- Que sea visto no sólo el contenido manifiesto, sino también el contenido «inconsciente», de acuerdo con los principios básicos del psicoanálisis.

Como apuntes críticos podríamos señalar los siguientes: En general, la teoría de Foulkes ha tratado de salvar el escollo «psicologista» que señalamos en Bion. Ha tenido siempre en cuenta el entorno social o institucional que rodea a los grupos. El coordinador o psicoterapeuta no sólo es depositario de transferencias parentales, sino también de un poder institucional que es plenamente incorporado al trabajo grupal. Todo esto era pasado por alto por Bion. Sin embargo el modelo foulkiano se ha ido desmarcando de la vertiente terapéutica o clínica. Sus aportes son valiosos para la institución, para el análisis del campo social o incluso para los grupos de formación (incluido el grupo de «los psicoanalistas como tales»), pero sus descripciones clínicas son un tanto decepcionantes (no hay más que ver la segunda parte del libro de Foulkes y Anthony antes citado). Es decir, la concepción psicoanalítica del grupo como un todo, con Bion peca de psicologista y con Foulkes de excesivamente sociológica. Como apunta Pagés, en cuanto queremos acercarnos a la delimitación del concepto de grupo o caemos por un lado (psicologismos, sentimientos, emociones) o por el otro (sociologismos, concepto de relación). Pese a todo, el esfuerzo de Foulkes ha sido introducir los aportes lewinianos al psicoanálisis (intención totalmente ajena a Lewin) y la dirección de sus planteamientos parece correctamente orientada, justo hasta chocar con la «roca viva» de la teorización del grupo. En ese momento la teoría de Foulkes y el Grupo-análisis actual se han dirigido más a los terrenos psicosociales, siguiendo en parte las contribuciones originales de la **neurosis social** de Trigant Burrow. Dentro del campo concreto de la práctica clínica en los grupos no hay excesivas diferencias entre los seguidores de Bion y los de Foulkes. Y si las hubiera, estarían obligados a entenderse. Las diferencias que puedan venir por las cuestiones de poder, por las sumisiones escolásticas y por dependencias institucionales, son difícilmente explicitadas.

3.4. El grupo terapéutico de E. Pichon Rivière

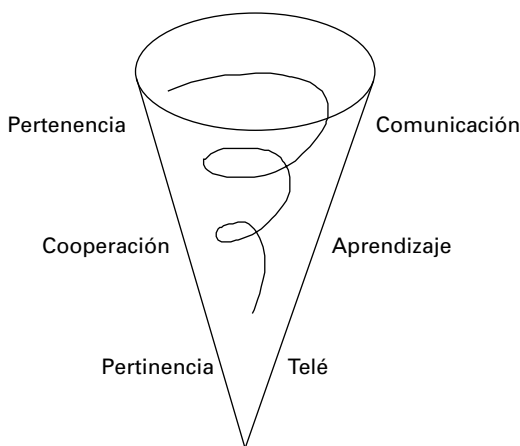
Como otros muchos profesionales de la psicoterapia, Pichon-Rivière fue un hombre más preocupado por el sufrimiento de sus pacientes y por la intervención activa para remediarlo, que por la elaboración teórica de un modelo transmisible para legar a sus seguidores. Precisamente han sido éstos quienes, basados en apuntes tomados de sus conferencias y clases y en algunas —pocas— cosas escritas por él, han podido recopilar un «corpus» formal más o menos articulado del pensamiento de Enrique

Pichon-Rivière (1978; *Del Psicoanálisis a la Psicología Social*, 3 vols.). Algunos de sus conceptos han sido expuestos en el capítulo anterior, aunque ahora serán referidos al contexto del proceso grupal.

A) *El modelo del Cono invertido.*- De su práctica con los grupos familiares y extendiéndola al análisis sistemático de las situaciones grupales, el modelo del cono invertido (véase *Figura 1 del Capítulo 11*) permite evaluar los procesos de un grupo, considerados como universales en cuanto a su estructura y dinámica. En el cono hay una base, un vértice y una espiral dialéctica. En la base se sitúan los contenidos emergentes, manifiestos o explícitos. En el vértice las situaciones básicas o universales «implícitos», que Pichon toma de Melanie Klein (las ansiedades básicas, miedos a la pérdida y al ataque). La espiral dialéctica muestra el movimiento de indagación y el esclarecimiento que va desde lo latente a lo manifiesto, es decir, el proceso dialéctico del análisis. Mientras **lo explícito** se configura por los cuatro momentos que aparecen en la operación terapéutica correctora (diagnóstico, pronóstico, tratamiento y profilaxis), **lo implícito** incluye las ansiedades básicas (depresiva, paranoide y confusional), la reacción terapéutica negativa (configurada por el miedo al cambio y la resistencia al mismo), un sentimiento básico de inseguridad y los procesos de aprendizaje y comunicación.

A partir de aquí se fue plasmando el modelo de evaluación de situaciones grupales, cuya intención fundamental es la de promover el cambio. El cambio, definido por «la modificación de estructuras relativamente estables» (Bleger), se caracteriza por sus seis constantes inherentes, que fueron introducidas en el modelo del cono invertido, como lo muestra la *Figura 1*.

Figura 1



Las seis constantes permiten la valoración de las distintas situaciones por la que pasa todo grupo. Las de la izquierda podrían ser su lado fenomenológico y descriptivo, mientras que las de la derecha serían en lado más dinámico:

1. La **pertenencia** es el grado de *identidad* de cada miembro del grupo con la tarea. Ha de haber un grado mínimo común en todos y podemos hablar de pertenencia propiamente dicha o de afiliación si es en un grado menor.
2. La **cooperación** es el grado de *eficacia real* con que cada uno contribuye a que la tarea grupal vaya adelante. Lo contrario es el saboteo.
3. La **pertinencia** es la capacidad de un grupo de centrarse en la tarea. Como se ve, en estas tres es central *la noción de tarea*, que veremos un poco más adelante.
4. La **comunicación** se analiza desde dos teorías diferentes. Por un lado desde la teoría lingüística, fundamentalmente la de Jakobson, y donde para Pichon-Rivière lo fundamental es trabajar lo que él denominaba el Malentendido básico familiar y los tabúes familiares. Por otro lado se puede construir una teoría de la comunicación en relación a las fases de la libido freudianas, obteniendo entonces una *comunicación oral*, donde prima la avidez hacia el otro, «la madre» que nos proporciona todo el sustento necesario; *comunicación anal*, donde prima la agresión y la descarga explosiva y la *comunicación genital*, donde uno puede ponerse realmente en el otro y unirse a él para recrear un proyecto.
5. El **aprendizaje**, que desde la perspectiva pichoniana, es siempre la capacidad de actuar de forma nueva frente a los viejos problemas, y se trata sobre todo de *aprendizaje de roles*. Podríamos hablar de una serie de roles que deberían ser cubiertos en todo grupo o institución para su funcionamiento idóneo: motor emocional, pensador teórico, programador práctico, realizador práctico, gestor y depositario afectivo. Cada uno tendría unas características positivas y una patología de rol si se excede o se rigidifica en su función.
6. El **telé**, que podríamos definir como el afecto a distancia, y que apoyándose en el concepto de Moreno, va un poco más allá, tratando de explicar ese afecto inmediato por las ansiedades básicas que sufre todo individuo: A la pérdida y al ataque.

B) *El ECRO*. La investigación de Pichon-Rivière sobre el uso del Tofranil en psicoterapia lo condujo a la conceptualización de una situa-

ción depresiva básica (1978), siempre a partir de su amplia experiencia, tanto como psicoterapeuta en casos individuales y de grupos, como en tratamientos biológicos paralelos (shock hipoglucémico, convulsoterapia, sueño prolongado, etc.). En 1946 publicó una pequeña síntesis de todo ello, donde a partir de conceptos como pluralidad fenoménica, unidad funcional y genética (enfermedad única) y policausalidad, comenzó a construir un esquema de abordaje para la situación depresiva básica. Dicho esquema fue completado más adelante con el encuadre grupal de esta situación, con las nociones de *portavoz* de la ansiedad del grupo (el paciente), pautas grupales estereotipadas (estereotipos), depresión básica general, grupo operativo, nociones de comunicación y aprendizaje, concepto de tarea, etc. Todo ello conformó lo que Pichon llamó *Esquema Conceptual Referencial y Operativo básico* que ha de poseer todo psicoterapeuta (individual o grupal).

Así pues, el ECRO es primeramente un esquema referencial para manejarse en la práctica clínica. Pero además incluye ideas sobre la teoría del campo (Lewin) así como de multitud de elementos aportados por las distintas ciencias del hombre. «Es un instrumental y operacional y, así constituido, se puede aplicar a cualquier sector de tarea e investigación». Un ECRO grupal es el objetivo a conseguir en psicoterapia de grupos. Es el punto focal de aprendizaje general, marco de referencia común, búsqueda de unos conceptos comunes con los que cualquier grupo pueda trabajar y construir efectivamente una tarea concreta.

En resumen, podemos visualizar el concepto de ECRO en tres niveles:

1. **Nivel singular** (conjunto de conocimientos, de actitudes que cada uno de nosotros tiene en su mente y con el cual trabaja en relación con el mundo y consigo mismo).
2. **Nivel grupal** (conjunto de conocimientos con los que el grupo opera en relación a una tarea, para trabajar creativamente con ella).
3. **Nivel social** (conjunto de conocimientos, explícitos o implícitos, basados en el común denominador del contexto social).

C) *Grupo familiar y grupo operativo.*- La práctica asistencial de Pichon-Rivière comenzó en hospitales públicos, y desde el principio, nunca sostuvo una visión individualista de la enfermedad mental. Esta se debía considerar siempre como una muestra de la incapacidad para soportar y elaborar un monto determinado de sufrimiento y encuadrarla dentro del ámbito del *grupo familiar* de origen, donde el enfermo mental es el *portavoz o depositario* de la ansiedad del grupo, que segrega al enfer-

mo. Desde esta perspectiva originaria, la práctica asistencial hospitalaria de Pichon, en sus inicios con psicóticos, siempre incluía a los familiares del sujeto afectado. Desde los primeros momentos su enfoque fue *grupal*.

De esta forma y tomando la aportación de la teoría gestáltica, las investigaciones de K. Lewin y sus propias experiencias, Pichon-Rivière concluyó que la enfermedad mental no es la enfermedad de un sujeto, sino la de la unidad básica de la estructura social: el grupo familiar. El enfermo desempeña un rol, es el portavoz emergente de esa situación.

El tratamiento del grupo familiar fue la antesala de la teoría y práctica del **grupo operativo**, éste ya aplicado a todo tipo de ámbito social. En cuanto a su modelo de abordaje terapéutico familiar, se configura alrededor de *cuatro momentos* (diagnóstico, pronóstico, tratamiento y profilaxis), cada uno de los cuales ha de ser centrado tanto en el individuo como en el grupo y la situación. Obtendríamos de esta manera un diagnóstico, pronóstico, etc. del paciente, de su grupo y de su situación contextual, que deben ser complementarios y cooperantes. En cada momento de abordaje Pichon señala determinados elementos a considerar.

Los cuatro momentos de su modelo se extienden en otros cuatro niveles de interconexión, que de menor a mayor amplitud son: 1) **Nivel psicodinámico** (relación del paciente con cada uno de los miembros de su grupo familiar; representación interna que tiene de ello, es decir, el grupo interno). 2) **Nivel sociodinámico** (abordaje del grupo como totalidad gestáltica. Lo que Lewin denomina dinámica familiar. Aquí es pertinente la aplicación de técnicas grupales y sociométricas) 3) **Nivel institucional** (familia como institución a través de su historia, su estructura socioeconómica, su relación con otras familias, con el vecindario, el barrio, etc.). 4) **Nivel comunitario**, más amplio y que tiene que ver con la inserción en la comunidad social próxima.

El análisis sistemático de las situaciones grupales posibilitó a Pichon el registro de un conjunto de procesos relacionados entre sí, considerados en su estructura y dinámica como factores universales de todo grupo. Así llegó a elaborar tanto el esquema ya mencionado del cono invertido y el concepto de ECRO. Ambos tuvieron una influencia inmediata en la gestación del Grupo Operativo.

D) La concepción operativa del grupo.- Podemos registrar dos experiencias antecedentes y de alguna manera fundantes, que tuvieron importancia en la creación de la técnica: a) Por un lado, su estancia en el Hospicio de Buenos Aires (durante 15 años) desde 1937. Allí, inmerso en su labor asistencial, se le planteaba continuamente un problema: El abandono de los pacientes (en su mayoría psicóticos). Vislumbró la clave

del problema en el papel de los enfermeros, y a partir de ahí, comenzó a trabajar con grupos de enfermeros y con pacientes «mejorados». Hasta se le ocurrió organizar partidos de fútbol con los «locos». Estos grupos se pueden considerar como antecedentes de los grupos operativos con tarea y le sirvieron a Pichon, como hemos dicho, para la formulación de un ECRO, como instrumento de aprehensión de la realidad que nos proponemos estudiar. b) Por otro lado, tenemos la experiencia de Rosario (1958), llevada a cabo mediante la creación de una situación de Laboratorio Social o de trabajo de una comunidad cuyo objetivo consistió en la aplicación de una didáctica interdisciplinaria de carácter acumulativo. En esta experiencia organizada por el IADES (Instituto Argentino de Estudios Sociales) participaron la Facultad de Ciencias Económicas, el Instituto de Estadística, la Facultad de Filosofía y su Departamento de Psicología y la Facultad de Medicina. La estrategia consistió en la creación de una situación de Laboratorio Social (tipo Lewin), con trabajo en grupos pequeños heterogéneos, además de asambleas generales. Estos grupos pequeños son los precursores directos de los grupos operativos, pues allí ya se planteó la existencia de un **coordinador** que tenía como misión lograr que la comunicación se mantuviera activa y pudiera ser creadora y de un **observador** que registrara lo que pasaba para luego exponerlo en el grupo grande.

Así nació el *Grupo Operativo*, un grupo que *opera* sobre una tarea. Este operar, no tiene que ver con lo que esto significa para el funcionalismo empirista y mecánico (causa-efecto lineales), ni con lo que entiende por operar el método clínico [observación-diagnóstico-tratamiento (operar)]. Se trata de un operar en espiral dialéctico, remitiendo continuamente a una teoría y a una práctica, y que en el Grupo Operativo es la acción del equipo coordinador sobre el grupo y la acción del grupo sobre la tarea. La tarea es un concepto fundamental, de forma que Pichon-Rivière propone una *psicoterapia de grupo centrada en una tarea*.

Una posible definición de Grupo Operativo podría ser la siguiente: Grupo que a partir de una estereotipia inicial en las conductas y roles, adquiere plasticidad y movilidad a través de la tarea, haciéndose con ello los roles intercambiables. La operatividad del grupo tiene que ver con la ruptura de la estereotipia inicial, con la movilidad de los roles, y en definitiva con una tendencia en dirección al cambio. Como antes señalábamos (*véase el cono invertido, Figura 1*), para evaluar los cambios en un grupo se ponen en juego las seis constantes mencionadas.

Para Pichon, el grupo adquiere más homogeneidad en la resolución de la tarea en la medida en que es más heterogéneo en su composición. Pichon define al Grupo Operativo como centrado en una tarea y que tie-

ne por finalidad aprender a pensar en términos de resolución de las dificultades creadas en el propio espacio grupal. Estas dificultades despiertan ansiedad, impiden la movilidad y provocan la detención del proceso. Es el llamado por Pichon periodo de pretarea. Se delimita así un esquema de funcionamiento del Grupo Operativo, donde se visualizan tres fases:

- a) **La pretarea** con un predominio de los mecanismos de escisión esquizo-paranoides, entre el sentir y el pensar. La patología es que el grupo se estanque aquí y se convierta en un grupo estereotipado.
- b) **La tarea**, que consistiría en el abordaje de las ansiedades que despierta el cambio. La entrada en tarea es sólo por momentos y la mayor parte del devenir grupal se consume en esos pasajes de pretarea a tarea y viceversa.
- c) El momento del **proyecto**, donde se logra una pertenencia de los miembros que se concreta en una planificación. Se produce una internalización (no solo racional sino también emocional) del grupo y de cada integrante y es el momento de los liderazgos funcionales y del ECRO grupal más conseguido.

Alcanzamos así a una definición más completa de Grupo Operativo que sería: *el grupo, que centrado en una tarea, se propone la movilización de estructuras estereotipadas y la resolución de las dificultades de aprendizaje y comunicación, debidas al monto de ansiedad que genera el cambio. Los roles, fijos al comienzo, deben configurarse en liderazgos funcionales u operativos, en el aquí-ahora de la tarea.*

En conclusión, con la técnica operativa se trataría de:

- a) Conseguir una adaptación activa a la realidad.
- b) Posibilitar la asunción de nuevos roles.
- c) Adquirir una mayor responsabilidad sobre una tarea.
- d) Perder los roles inadecuados para la situación «aquí-ahora» de la tarea.
- e) Lograr que los sentimientos básicos de pertenencia, cooperación y pertinencia se produzcan de manera armónica, lo que da mayor productividad, y
- f) elaborar las ansiedades despertadas en cada situación de cambio.

4. VARIANTES TÉCNICAS DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO Y SUS ÁMBITOS DE APLICACIÓN

Revisaremos a continuación los dispositivos grupales que se han derivado a partir del modelo genérico del grupo terapéutico, aunque han adquirido singularidad de modalidades técnicas del grupo, con personalidad propia. Las modalidades técnicas que mencionaremos, propuestas por Avila (1988), son las siguientes: *a)* grupo terapéutico; *b)* grupo intensivo periódico; *c)* grupo intensivo no periódico; *d)* grupo de sensibilización; *e)* grupo familiar.

4.1. Grupo Terapéutico

Se trata de la principal modalidad de los grupos con fines terapéuticos. Su finalidad es promover o contribuir a la curación de los trastornos psíquicos de sus integrantes, en articulación o no con la psicoterapia individual. El grupo se forma a iniciativa de los terapeutas, quienes escogen esta forma de tratamiento para ciertos pacientes —bajo ciertos criterios, bien como alternativa al tratamiento individual o de forma complementaria a este.

Lo distintivo del encuadre del Grupo Terapéutico radica en el énfasis que se pone al subrayar la demanda de tratamiento y/o ayuda para la resolución de los trastornos y conflictos psíquicos individuales. Se introduce el Grupo en cuanto *situación* y no como una idea totalizadora o *tarea*.

El trabajo terapéutico que se lleva a cabo en los grupos discurre mediante la identificación de la trama dinámica vincular del sujeto. Este trabajo se da en un contexto de múltiples niveles asociativos, provocado, *garantizado*, por los fenómenos de transferencia múltiple. Estos fenómenos son llevados al plano *interpretativo*, a cargo de los terapeutas, quienes promueven la elaboración, el *insight* y el cambio en el sujeto (tanto en el comportamiento como en la trama dinámica vincular).

Dicho cambio se manifiesta primero en la situación grupal y posteriormente en el afuera o viceversa. La transferencia y contra-transferencia en el grupo responden a un esquema de múltiples interdeterminaciones. Habitualmente convergen en el sujeto en tratamiento, el proceso de la psicoterapia individual y el proceso grupal, lo que facilita la comparación, articulación e integración de los distintos niveles de análisis.

4.2. Grupo Intensivo Periódico

El Grupo Intensivo Periódico (por ejemplo, un grupo cerrado que se reúne una vez al mes, durante cuatro horas) es una propuesta técnica que nos permite insertar la situación grupal como **espacio de movilización y elaboración** en el proceso psicoterapéutico individual de personas que no están disponibles para participar en grupo periódico de una o dos sesiones semanales. Esta no disponibilidad puede depender de las circunstancias y el momento particular que se da en el proceso terapéutico del paciente, y donde se opta por dar primacía a la estrategia de intervención individual, sin renunciar a la potencialidad de la grupal. Las experiencias realizadas con esta modalidad de grupo han ofrecido resultados terapéuticos similares a los del grupo periódico (García de la Hoz y Ávila, 1992).

4.3. Grupo Intensivo no periódico

El Grupo Intensivo no periódico es una modalidad surgida a partir de las experiencias intensivas de grupo llevadas a cabo por terapeutas de la comunicación, gestaltistas o psicodramatistas en los años setenta.

Concebido inicialmente (y en algunas perspectivas extra-analíticas también en la actualidad) como una modalidad terapéutica *en sí misma*, de carácter catártico intensivo, o actividad terapéutica en *gran dosis*, el Grupo Intensivo no periódico ha venido a perder esa perspectiva, sustituyéndola por una opción de trabajo psicoterapéutico grupal complementario a un *tratamiento regular de base*, bien individual o grupal, cara al cual la intervención intensiva que supone esta modalidad de grupo viene a operar como momento de síntesis, reflexión, elaboración y confrontación con el *afuera* del tratamiento (individual o grupal).

Se trata de experiencias intensivas superiores a diez horas de trabajo grupal, divididas en dos o más unidades, con interrupciones en las que el grupo no está reunido, ni siquiera informalmente. La situación de *laboratorio* crea una *ruptura* en la actividad y entorno cotidiano, que debe subrayarse en el encuadre.

El grupo es conducido de manera que se facilite en los integrantes la tarea de síntesis y reflexión personal, elaboración de lo movilizado, y puesta en escena *afuera* del tratamiento (individual o grupal) de su proceso personal actual.

El espacio interpretativo del que los terapeutas disponen es precisamente aquél centrado en el *aquí y ahora*, como corte sincrónico (con-

densación) del proceso diacrónico del sujeto. Este marco grupal se considera el más idóneo para incluir dentro de la psicoterapia las llamadas *técnicas activas* (derivadas de recursos técnicos psicodramáticos, gestálticos, expresivos) incluyendo la observación grupal y auto-observación mediada por elementos técnicos como el espejo o el video. Los elementos técnicos del Grupo Operativo sirven como herramienta para la **lectura grupal** en esta modalidad, así como para el abordaje específico de sub-tareas y tareas (Caparrós y Ávila; en Ávila, 1993).

4.4. Grupo de Sensibilización

Se denomina Grupo de Sensibilización a una situación grupal diseñada y conducida para producir una aproximación a una tarea más compleja, pero para la que todavía no se dan las condiciones idóneas; frecuentemente es un grupo previo al terapéutico; en ocasiones está destinado a promover el reconocimiento y toma de conciencia de las propias actitudes ante una situación/decisión de riesgo. Esta indicado pues como dispositivo de auto-conocimiento y elaboración emocional y reflexiva, conducido bajo límites precisos que eviten la excesiva movilización o profundización. Cumple sus objetivos promoviendo en el sujeto un cuestionamiento acerca de la naturaleza de su demanda, ofreciendo orientación sobre las posibilidades de trabajarla más en profundidad, y señalando qué componentes actitudinales y emocionales pueden necesitar ser esclarecidos antes de tomar una decisión en una situación de riesgo. En el Grupo de Sensibilización se excluye el nivel interpretativo y en consecuencia no se efectúa trabajo sobre los aspectos transferenciales, los cuales sí se presentan son reconducidos a ulteriores acciones o contextos terapéuticos. La brevedad del proceso que se activa en el Grupo de Sensibilización evita en todo caso que el trabajo grupal derive hacia una dirección terapéutica, ciñéndose a sus objetivos de autoconocimiento y elaboración emocional y reflexiva. Cuando los integrantes del grupo han acudido en demanda de información / asesoramiento para tomar una decisión vital que les implica de forma relevante (p. ej. ante una toma de decisión sobre adoptar o no medidas de anticoncepción irreversible) el dispositivo del Grupo de Sensibilización ofrece a los sujetos el espacio de palabra y elaboración complementario a la aparente mera petición de información *técnica* que le hacen al profesional de la Salud Mental. En esta vertiente, la **toma de decisión bien informada** pasa por el cuestionamiento y elaboración del sujeto en torno a la demanda, lugar ocupado por el grupo y potencialmente por una intervención posterior más extensa. Una variante del Grupo de Sensibilización, orientado a una finalidad mixta, resultante de objetivos diagnósticos, pronósticos y de encuadre son

las denominadas Primeras Entrevistas Grupales, dispositivo de acogida utilizable en centros comunitarios, que permite conocer la demanda y efectuar una valoración de pronóstico sobre las opciones de intervención a implementar.

Por sus características, tanto el grupo de sensibilización como las entrevistas grupales, son una modalidad aprovechable con menos limitaciones que los grupos terapéuticos, en los entornos de salud y servicios sociales comunitarios.

4.5. Grupo Familiar

Se denomina Grupo familiar a la respuesta técnica que se da cuando se recibe una demanda que el profesional entiende que ha de abordarse mediante la participación de los miembros del núcleo familiar. Esta intervención no tiene un carácter meramente *informativo* sino que promueve, con la mediación de los terapeutas, la efectuación de cambios en el funcionamiento del *sistema* familiar.

La intervención familiar, potencialmente siempre relevante (véase *Capítulo 13*) se da con más frecuencia en temáticas como la presencia de patología psicótica en uno o más miembros de la familia, drogadicción, o a través de colectivos de afectados por situaciones disfuncionales, patológicas o de riesgo (SIDA, discapacidad, etc). Lo más común es que sean los profesionales quienes convocan al núcleo familiar señalando de esta forma la implicación de todos en la demanda, síntoma o problema explicitado.

La concepción del *miembro enfermo* de la familia, como **portavoz** de lo patológico en ésta, implica una lectura grupal de los fenómenos (normales o patológicos) que se dan en el seno de las familias. El trabajo familiar no es incompatible con otras formas de intervención (individual o grupal) en los que puedan participar alguno de los integrantes.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

La psicoterapia de grupo es una modalidad de la psicoterapia que ha venido cobrando especificidad teórica, técnica y aplicada, desde sus orígenes a principios del siglo XX. Hemos revisados las líneas de desarrollo histórico, que convergen en la estructuración de una genuina psicoterapia de grupo psicoanalítica, momento que se alcanza con los grupos llevados a cabo por Bion en un entorno de psiquiatría militar, y más tarde en la Clínica Tavistock. Tras Bion, que formula el aparato teórico esencial para disponer de una visión psicoanalítica del grupo, surgirán otros modelos, de los cuales hemos seleccionado dos: el grupo-análisis de Foulkes, y el enfoque operativo propuesto por Pichon-Rivière. Con el bagaje conceptual y las herramientas técnicas que estos tres modelos aportan, y con los desarrollos posteriores sobre el grupo que hacen autores como Kaës (1986), se alcanza una sofisticada psicoterapia de grupo psicoanalítica, que es una de las modalidades de intervención que están más prestigiadas en la actualidad. Una modalidad cuyas variantes técnicas (periódicas, intensivas, de sensibilización o familiar) constituye una estrategia de tratamiento de elección en los entornos comunitarios de salud y servicios sociales.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA Y LECTURAS RECOMENDADAS

BION, W. R. (1970). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires. Paidós. [Original de 1948].

El clásico de los grupos en el psicoanálisis, sitúa los conceptos fundamentales y ejemplifica las primeras intervenciones propiamente grupales.

FOULKES, S. H. (1981). *Psicoterapia Grupo-Analítica. Método y principios* Barcelona: Gedisa. [Original de 1975]

El enfoque más difundido de la práctica grupal en el ámbito del psicoanálisis.

PICHON RIVIÈRE, E. (1978). *El Proceso Grupal* Buenos Aires: Nueva Visión.

En esta obra están los principales trabajos de Pichon Rivière sobre el grupo.

ACTIVIDADES

1. Lectura y comentario de textos del siguiente trabajo de Freud:

FREUD, S. (1920). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras Completas*, BN. Vol. III (pp. 2563-2610) Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

Señale en qué medida o no se deriva de aquí una propuesta de psicoterapia de grupo.

2. Consulte el texto siguiente, y haga un cuadro con las diferentes variantes de psicoterapia de grupo que se utilizan en atención primaria de salud y los servicios sociales comunitarios, indicando las características y aplicaciones de cada tipo de grupo:

TIZÓN, J. L. y RECASENS, J. M. (1994). Experiencias grupales en Atención Primaria de Salud. En Ávila, A. y García de la Hoz, A. (comps.), *Aportaciones de la Psicoterapia de Grupo a la atención pública en Salud Mental* (pp. 11-49) Madrid: Quipú ediciones-Serie SEGPA/Biblioteca Nueva.

3. Consulte en internet la página de homenaje a Enrique Pichon-Rivière en la dirección: <http://www.quipu-instituto.com/pichon/homenaje.htm>. En dicha página:

- Encontrará una selección de testimonios sobre la influencia de esta figura en la psicoterapia de grupo.
- Podrá descargarse algunos de sus trabajos.
- Dispone una bibliografía extensa de sus trabajos, y de los principales trabajos que revisan su obra.

Finalmente escoja uno de los trabajos, y haga un comentario sobre sus aportaciones.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

1. El enfoque del «psicoanálisis en el grupo»:
 - a) Intenta explicar-interpretar la conducta del individuo en el grupo, tomando a éste como un medio de cambio para el sujeto individual.
 - b) Se ocupa de los climas emocionales en el grupo y de cómo unos sujetos influyen en otros.
 - c) introduce el concepto de supuesto básico.
2. Los «estados» de supuesto básico (Bion) para el grupo son:
 - a) Dependencia, Transferencia, Regresión.
 - b) Dependencia, Emparejamiento, Ataque-Fuga.
 - c) Pertinencia, Pertenencia, Cooperación.
3. En el psicodrama de Moreno, se distingue el rol (papel) según:
 - a) El grado de libertad en asunción de roles; la representación de roles; y la creación de roles.

- b) Sean roles de resistencia al cambio o de motivación de cambio.
 - c) Esté presente su dimensión inconsciente y de catarsis.
4. En el modelo del «psicoanálisis de grupo» de Foulkes:
- a) La actitud del terapeuta con el paciente es muy diferente de la del tratamiento individual.
 - b) Se diferencia entre la intervención individual y el emergente colectivo.
 - c) Se tienen en cuenta todas las comunicaciones y relaciones como parte de un campo total de interacción (matriz grupal).
5. La pertenencia, como una de las constantes que permiten la valoración de las distintas situaciones por las que pasa todo grupo, se define por:
- a) El grado de eficacia real con que cada uno contribuye a que se realice la tarea grupal.
 - b) El grado de identidad de cada miembro del grupo con la tarea.
 - c) Los afectos que unen a los miembros del grupo.
6. El grupo de sensibilización se diferencia del grupo terapéutico en que:
- a) El grupo de sensibilización es previo al terapéutico, aunque se interpreta la transferencia de los pacientes con el terapeuta.
 - b) Es un dispositivo de auto-conocimiento, elaboración emocional y reflexiva, pero evitando la excesiva movilización emocional o profundización en los conflictos.
 - c) Promueve la toma de conciencia del conflicto, y la elaboración interpretativa.
7. La modalidad de «grupo intensivo no periódico» se caracteriza, entre otras cosas, por:
- a) Ser una variante del grupo de sensibilización, aplicable en los centros de salud comunitarios.
 - b) Ser un grupo terapéutico de más larga duración, alternativo al grupo terapéutico periódico.
 - c) Realizarse sólo ocasionalmente, creando una ruptura con la actividad y el entorno cotidiano, permitiendo la utilización de técnicas de movilización más incisivas.

RESPUESTAS CORRECTAS

1. a) 2. b) 3. a) 4. c) 5. b) 6. b) 7. c)

Capítulo 13

Terapia psicoanalítica de pareja y familia: Modelos teóricos y técnicas de tratamiento. La problemática del género en la psicoterapia

Marina Bueno Belloch y María Luz Rubí Cid

Guión-Esquema

Objetivos

1. Introducción: problemática general de las relaciones de pareja y de las relaciones familiares
2. Terapia Psicoanalítica de Pareja y Familia: Conceptos básicos
 - 2.1. El ciclo vital de la pareja y de la familia
 - 2.2. Principales momentos del ciclo vital de la pareja-familia
 - 2.3. Tipología de los vínculos conyugales y familiares
3. Terapia Psicoanalítica de Pareja y Familia: El proceso terapéutico
 - 3.1. Características generales del proceso terapéutico. Psicodiagnóstico. Encuadre. Transferencia y Contratransferencia. Objetivos
 - 3.2. Los enfoques y condiciones en psicoterapia psicoanalítica de pareja
 - 3.3. Psicoterapia familiar de orientación psicoanalítica
4. La problemática del género en psicoterapia

Resumen y conclusiones

Bibliografía básica y Lecturas recomendadas

Actividades

Ejercicios de autoevaluación

Palabras clave

Terapia de pareja, Colusión, Mito familiar, Sexo, Género, Feminismo.

GUIÓN-ESQUEMA

1. Introducción

El interés por el estudio y tratamiento psicológico de los problemas de relación entre los miembros de la pareja y de la familia ha sido muy tardío en aparecer en el campo de la psicología clínica. En este capítulo vamos a empezar presentando el panorama histórico de cómo se inició este interés, cómo se deslinda de otros campos de estudio, diferenciándose tanto de la psicología individual como de la psicología de grupos, hasta llegar a ocupar, en el momento actual, un espacio con características propias.

El modelo teórico psicoanalítico es el que fundamenta todos los trabajos que aquí se citan, pero en una evolución de sus conceptos y de sus técnicas, necesaria para ajustarse a la especificidad de este tipo de sujeto de estudio: la pareja o la familia.

2. Psicoterapia psicoanalítica con parejas

El objeto de estudio psicoanalítico es el sujeto humano y su inconsciente. Para que este modelo pudiera aplicarse a la pareja insatisfecha en su relación, a la pareja en conflicto, se requieren una serie de ajustes y adaptaciones, conceptuales y técnicas. Así se podrán dirigir estas unidades hacia niveles inter e intrasubjetivos más adecuados y satisfactorios de funcionamiento.

- Conceptualmente es fundamental:
 - manejar los conceptos básicos del Modelo Psicoanalítico
 - analizar la elección de la pareja
 - analizar la «colusión» entre los miembros de la pareja
- Técnicamente las modificaciones hacen referencia a:
 - el encuadre
 - el diagnóstico
 - el análisis y manejo de la transferencia
 - el análisis y manejo de la contratransferencia
 - las características específicas de la psicoterapia

3. Modalidades de Psicoterapia psicoanalítica de pareja

Se presentan modalidades en las que se aborda lo intrasubjetivo, lo intersubjetivo y lo transubjetivo, junto con las representaciones inconscientes de cada uno de los elementos. Se plantea qué condiciones deben darse para poder llevar a cabo una terapia. Se presentan indicaciones y contraindicaciones para la terapia de pareja.

4. Psicoterapia psicoanalítica con familias

El objetivo es lograr conocer el funcionamiento de todo el grupo familiar en su conjunto, para llegar a una interpretación psicoanalítica de la dinámica inconsciente en su contexto. Se plantean las condiciones en que se debe llevar a cabo una terapia familiar. Se presentan indicaciones y contraindicaciones a la misma.

5. La problemática del género en psicoterapia

La última sección de este capítulo intenta responder a la pregunta de si hay o no especificidad de la psicoterapia en función del género, a partir de la crítica a la concepción freudiana de la feminidad, muy marcada por los valores sociales imperantes en la Viena de fin de siglo, que las psicoanalistas y feministas postfreudianas han revisado, ofreciendo una concepción que incorpora el género en sus implicaciones para la clínica.

OBJETIVOS

Al finalizar el estudio de este capítulo, el lector/a debería ser capaz de:

1. Señalar cómo se abre camino el interés por los fenómenos de pareja y familia en el ámbito de la clínica psicológica.
2. Enunciar y definir los principales conceptos teóricos que permiten estudiar el ámbito de la pareja y la familia desde el punto de vista psicodinámico.
3. Describir las características del proceso terapéutico con parejas. En especial:
 - a) El papel del diagnóstico previo.
 - b) El encuadre específico de estos tratamientos.
 - c) Las modalidades técnicas que pueden utilizarse.
 - d) Las características de la transferencia y contratransferencia en estos tratamientos.
 - e) Las indicaciones y contraindicaciones de la terapia de pareja.
4. Describir las características del proceso terapéutico con familias. Sus indicaciones y contraindicaciones.
5. Distinguir entre estereotipos de sexo y género, roles sexuales y de género, orientación sexual e identidad de género.

1. INTRODUCCIÓN: PROBLEMÁTICA GENERAL DE LAS RELACIONES DE PAREJA Y DE LAS RELACIONES FAMILIARES

Los temas *Pareja* y *Familia* tardan en hacer su aparición en el campo de la clínica psicológica. Hasta fechas muy recientes no se han estudiado como entidades propias, probablemente por la dificultad que implica el acercamiento a áreas de la intimidad más protegida —y temida—, tanto personal como socialmente. Además, sólo en fechas muy recientes se señala la diferencia entre ambos tipos de relación, pareja y familia. En los primeros trabajos sobre estos temas se utilizan indistintamente ambos términos como equivalentes; así se habla de pareja, matrimonio o familia para referirse al conjunto de fenómenos que se dan en la relación hombre-mujer, sin discriminar si los lazos están institucionalizados o no, o si se trata de un grupo de personas más amplio, que incluya a los hijos.

Frecuentemente se habla de la pareja considerándola un subsistema de la familia. Se entiende por pareja la relación profunda que se da libremente entre dos personas, basada en un sentimiento amoroso, y que tiene intención de duración en el tiempo. La idea de familia hace una referencia explícita a la presencia de hijos.

Los estudios de familia toman importancia a partir de mediado el siglo XIX, a consecuencia del cambio social que plantea el fenómeno de la Industrialización en la vida familiar y conyugal, un momento en el que se desencadena el temor de que una institución «pilar y soporte de la sociedad», entre en crisis, cambie, o se destruya. Las publicaciones en esa época son de enfoque multiprofesional predominantemente moralistas, conservadoras de los valores matrimoniales tradicionales, y carentes de un planteamiento teórico consistente. Los profesionales que atienden estos conflictos son los Trabajadores Sociales (en el mundo anglosajón y norteamericano; Broderick y Schraeder, 1981), y los sexólogos, especialmente en Inglaterra (H. Ellis) y Alemania (M. Hischfeld).

A partir de los años 30 se crean los primeros Servicios de Consulta Conyugal en EE.UU., y posteriormente en Inglaterra, integrando plantillas profesionales interdisciplinarias, que trabajan con técnicas de Consejo Conyugal. El primer gran modelo teórico que abordó esta problemática fue el Modelo Psicoanalítico. El Psicoanálisis, desde Freud, hace mucho hincapié en las relaciones del sujeto con los otros significativos, donde la familia tiene especial trascendencia; conceptos como: proyección, identificación, complejo *de Edipo*, *relación de objeto*, así lo atestiguan. La metodología, sin embargo, es contraria al contacto del analista con la familia del paciente. Freud en 1909, en la introducción al trabajo de O. Rank «El nacimiento del mito del héroe», introdujo el término **novela familiar**, refiriéndose a la familia imaginaria que el paciente se construye y que explica y justifica su historia emocional. En este trabajo puso las bases para la terapia familiar psicoanalítica que se desarrolló posteriormente. También en 1909, en el tratamiento del llamado «pequeño Hans», o «Caso Juanito», trabajó Freud con el padre como intermediario de la terapia del hijo. ¿Podríamos hablar de la primera Terapia Familiar? De su trabajo con los Srs. Strachey, a los que trató simultáneamente, ¿podríamos quizá decir que fue la primera Terapia de Pareja?

Una publicación importante para la época fue el Estudio Psicoanalítico de la familia de Flügel, en 1921. En 1936 el tema Neurosis familiar y familia neurótica fue el que presidió el *IX Congreso Internacional de Psicoanálisis*, en Suiza, del que quedan los resúmenes tomados por R. Spitz. Se trabajó acerca de temas familiares, pero también sobre pareja, por ejemplo sobre neurosis complementarias en matrimonios y sus tratamientos psicoanalíticos (Teruel, 1974). Todo esto pone de manifiesto el gran interés despertado entre los psicoanalistas por el abordaje teórico y metodológico de parejas y familias, a pesar de no ajustarse a las condiciones del modelo de tratamiento psicoanalítico ortodoxo. En 1938 Clarence Obendorf publicó sus trabajos sobre psicoterapia consecutiva señalando la importancia de la relación conyugal en la formación de síntomas. Bela Mittleman (1944, 1948 y 1956) continuó el trabajo realizado por Obendorf, abriendo nuevos enfoques para la terapia de parejas. Se le considera el primero en utilizar la terapia conjunta. Ambos resaltan cómo se complementan las neurosis en pareja y cómo se ensamblan sus esquemas conflictivos y defensivos entre sí. Afirman que se obtiene una visión más completa de la realidad al observar las reacciones complementarias durante el tratamiento. Insistieron en la conveniencia de que el mismo terapeuta viera a ambos miembros de la pareja, por separado, pero simultáneamente.

En otros casos, dos psicoanalistas se ocupaban de cada uno de los miembros de la pareja por separado, pero intercambiando información.

P. Martin y W. H. Bird (1959) llamaron Técnica Estereoscópica a esta técnica «Colaborativa» (P. A. Martin, 1976). Comenzaron este trabajo al comprobar que con algunos de sus pacientes la técnica psicoanalítica clásica no servía, al estar los cónyuges demasiado involucrados emocionalmente, con perturbaciones y sin la fuerza yoica que requiere la terapia psicoanalítica. El enfoque de tratamiento era básicamente el del Psicoanálisis convencional, pero más centrado en factores interpersonales y reales, lo que les permitía trabajar mejor las neurosis complementarias. Es un método de psicoanálisis individual al que se suma la relación entre los dos terapeutas y que pone de relieve las reacciones contratransferenciales provocadas por sus respectivos pacientes (P. A. Martin, 1976).

La emigración de psicoanalistas centroeuropeos en la Segunda Guerra Mundial hizo que muchos de ellos fueran a EE.UU. El contacto de estos psicoanalistas con los sociólogos, psicólogos sociales y antropólogos, ciencias de gran desarrollo en esos países, fue un factor decisivo para el nuevo rumbo teórico y metodológico que tomó el campo de la terapia conyugal y familiar. Ejemplos son los trabajos de Erickson, Fromm, Horney, Fromm-Reichman, Mahler, Bion, Winnicott, Pichon Riviére y un largo etcétera, de gran repercusión en conocidos terapeutas familiares como Jackson, Ackerman, Bowen, Dicks, Laing, Boszormenyi-Nagy, Framo, Balint, etc.

En la misma línea de ampliación y desarrollos del enfoque psicoanalítico, siguió H. Sullivan (1953), con su concepto sobre las relaciones interpersonales, con énfasis en los problemas conyugales. En 1952 Fairbairn elaboró su teoría de la personalidad basada en las relaciones de objeto, en la que se apoyó Dicks (1952, 1963, 1967) para su trabajo teórico y psicoterapéutico con parejas, de gran influencia en autores posteriores, tanto ingleses como hispanoamericanos.

En 1955 E. Glover envió un cuestionario a los miembros de la IPA para recoger sus opiniones acerca de estas innovaciones. Los resultados, como los que obtuvo Menninger en 1958, muestran un acuerdo, casi generalizado, en la afirmación de mantener el enfoque psicoanalítico ortodoxo, con analistas independientes, y que, por tanto, no se debía analizar al mismo tiempo a más de un miembro del mismo grupo. Más recientemente se ha insistido en la misma dirección (Giovachini, 1965; Drellich, 1968).

M. Grotjhan (1956) usó unos conceptos de abordaje y comprensión de los fenómenos familiares que indican el cambio del foco de atención de lo individual a lo grupal familiar. En 1957 D. Jackson acuñó el término terapia conjunta para referirse al trabajo de un terapeuta con ambos

miembros de una pareja, o, incluso, con los hijos de la misma, en la misma sesión de terapia.

El tratamiento psicoanalítico se entendía más como una terapia triádica (P. A. Martin, 1976), haciendo hincapié en el análisis de la transferencia más que en el análisis de la interacción que propuso Jackson, que influyó en autores tan importantes para la Terapia Familiar como N. Ackerman (1966, 1977) y que es el enfoque con el que opera la actual Terapia Sistémica. Autores como Greene y otros (1960) utilizaron el método combinado, donde trabajan tanto las reacciones transferenciales triangulares, las identificaciones proyectivas, los sueños transferenciales, como las transacciones homeostáticas (basadas en la Teoría General de Sistemas). En la misma línea P. A. Martin (1976) cita autores como Reding y Ennis (1964); Reding y otros (1967), que combinan modelos psicoanalítico y psicodrama; y otros como Satir (1965) y A. Watson, se citan entre los primeros que trabajan en Terapia Conjunta de pareja.

Otra aportación relevante fue la creación de la revista *Family Process* en 1962, con Ackerman, Haley y Jackson como editores, y que surgió con el deseo de unificar y discutir criterios teóricos, de investigación y clínicos en este campo. Esta revista ha editado, desde su fundación, los trabajos más relevantes de corte psicodinámico.

En Alemania, a través de Horst Eberhard, se desarrolló un núcleo importante de terapeutas que abordan la pareja y la familia desde el punto de vista psicoanalítico y que están produciendo muy importante bibliografía, como Sperling, Willi, Stierlin, Kaufmann o Wardt. Han editado la revista *Familiendynamik* que recoge las principales aportaciones en lengua alemana a la temática conyugal y familiar desde el enfoque psicoanalítico.

A medida que se han ido publicando estudios, investigaciones y discusiones científicas en Simposios y Congresos, se han ido poniendo de manifiesto las deficiencias de ciertas posturas, que ya había señalado Freud, por otra parte, cuando en 1912 escribió: «cuando se refiere al tratamiento de relaciones, debo confesar que me encuentro totalmente perdido y que tengo poca fe en cualquier terapia individual», o, en 1915 «cuando la resistencia del marido se suma a la de su mujer, los esfuerzos no obtienen fruto, y la terapia se rompe prematuramente... hemos comenzado algo que, ante las condiciones existentes, era imposible desarrollar».

2. TERAPIA PSICOANALÍTICA DE PAREJA Y FAMILIA: CONCEPTOS BÁSICOS

Cuadro 1. La elección de pareja según el modelo psicoanalítico: Dinámica de la elección de objeto amoroso

La elección de pareja se enfoca en el modelo psicoanalítico desde la Teoría de la Relación de Objeto. Laplanche y Pontalís (1979) definen «Relación de Objeto» como «el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es el resultado completo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantasmática de los objetos y de unos tipos de defensa predominantes». Entendemos el término relación en un sentido pleno, es decir, no se trata de meras relaciones reales con el ambiente, sino, más bien al nivel de la fantasía que puede modificar la aprehensión de lo real. Y se trata de una relación intersubjetiva, ya que no es sólo la forma en que un sujeto constituye sus objetos, sino también la forma en que éstos modelan la actividad del sujeto.

En el trabajo «Pulsiones y destinos de pulsión» Freud indica la diferencia entre los conceptos relación de objeto y relación objetal, y dice que «las relaciones de amor y odio no son aplicables a las relaciones de los instintos con sus objetos, debiendo ser reservadas para la relación del yo total con los objetos». Señala cómo en la relación objetal es la persona total la que se dirige al objeto como totalidad, en términos de relaciones de amor y odio. La relación de objeto se entendería como el correlato de la pulsión. Un sujeto es objeto para otro en la medida en que hacia él dirige sus pulsiones.

El concepto de elección de objeto no es suficientemente inteligible sin el de Complejo de Edipo, en el que se desarrolla, sin el de Identificación, que es el mecanismo que le precede y posibilita, y sin el concepto de Ideal del Yo, que es el proyecto sobre el que se desarrolla. El sujeto no se constituye como sujeto hasta que no reconoce la Ley. Este reconocimiento, implica simultáneamente la intersubjetivación, al reconocer el sujeto al Otro como código. La articulación de este paso fundamental, de esta identificación del sujeto consigo mismo, es descrita por el Psicoanálisis a través de tres conceptos fundamentales: Narcisismo, Castración y Elección de Objeto, integrados todos ellos en el llamado Complejo de Edipo. Sin el «corte» que impone la Ley, sin la Castración —como idea, como fantasía—, realizada por la función paterna (o Ley), toda relación será negada. El sujeto seguiría ligado en una unidad de dos —Narcisismo—, completo, cerrado. La castración divide la célula narcisista, y deja al sujeto ligado al destino de la búsqueda de la primitiva completud, y por lo tanto, a la constante búsqueda de objetos sustitutivos. Aquí se enmarca toda la teoría del deseo y aquí se abre la posibilidad de elección de objeto, de elección de pareja. ►►

Cuando el corte de la ley no ha sido incorporado por un sujeto, o bien no formará pareja, o si lo hace será imaginaria, es decir, negando todo contenido real que pueda cuestionar su fantasía de completud, de omnipotencia, de Falo antropológico. El complejo de castración aparece así como la posibilidad de acceso a la subjetivación, a la percepción de la diferencia de los sexos, requisito previo para que el sujeto se reconozca como sexuado (identificación sexual), y a partir de ahí, pueda acceder a la elección de objetos múltiples, y no ya únicos.

Elección de objeto es elección de objeto de amor; la posibilidad de establecer esta elección y su desarrollo en la relación, es la condición de posibilidad psíquica de que la pareja exista. La elección de pareja no es, por tanto, aleatoria, sino que depende de la historia pulsional del sujeto.

Que la elección de objeto sea pre-edípica (omnipotencia en la fusión diádica) o post-edípica (aceptando la ley y la propia incompletud) marca determinaciones específicas sobre las condiciones de elección de la pareja y sus posibilidades futuras. La identificación aclara el paso de las relaciones de objeto a las relaciones objetales. Para la constitución de la relación de pareja es necesaria la relación de objeto propiciada por la identificación con la figura parental del mismo sexo, como consecuencia del temor a la castración y como posibilidad de socialización del deseo. De esa identificación con la figura parental y de su deseo depende la determinación de objeto para el sujeto. Es desear lo que el otro desea.

En su trabajo «Psicoanálisis de las masas y análisis del yo» (1921), Freud relacionó el enamoramiento, el Ideal del Yo, y la idealización. Explicó allí cómo se constituye el Ideal de Objeto: el Ideal del Yo, como estructura resultante del Complejo de Edipo, permite al sujeto aspirar a ser lo que él le marca, pero si no le es posible, buscará un objeto al que investirá con esos atributos, es el Ideal de Objeto. En la pareja tendría que coincidir un cierto tipo de Ideal de Objeto, y oficiar cada uno para el otro como sujeto y objeto y como soporte de realidad de sus respectivas elecciones de objeto amoroso que, como hemos señalado, son reediciones de la relación con un objeto preexistente. J. Lemaire (1986) dice que «la elección debe corresponder a estos dos criterios a la vez: ser origen de satisfacciones de la mayor parte de los deseos conscientes y a la vez contribuir a reforzar al yo y a su seguridad propia frente al conjunto pulsional que en todo adulto conserva la huella de los cambios, de la evolución histórica del sujeto».

En su obra «Tres ensayos de teoría sexual», Freud (1905) plantea una modalidad de elección, la elección por apuntalamiento, que se realiza desde del reconocimiento de la falta, de la incompletud, buscando lo que complementa. En 1915, en la «Introducción al Narcisismo», Freud introduce



otro tipo de elección, la narcisista, basada en la relación del sujeto consigo mismo, relación especular que hace referencia a una relación imaginaria, a la imagen de lo que se querría ser, al Yo ideal.

Lemaire (1986) señala varios tipos de elección: la referida a las imágenes parentales (por similitud, por oposición, etc.); la referida a las pulsiones pregenitales, y la elección de objeto en función de la organización defensiva del sujeto. Para otras lecturas sobre la elección de pareja, por ejemplo desde factores psicosociales, el lector puede remitirse a la obra de Bueno Belloch (1982).

2.1. El ciclo vital de la pareja y de la familia

Vamos a presentar de modo esquemático el ciclo vital de una pareja-familia, con énfasis en los procesos individuales —intrapsíquicos—, e interpersonales —intersubjetivos—, con sus momentos de escisiones idealizadoras y de inevitables duelos; una sucesión de etapas que se repiten en la mayoría de las parejas-familias convencionales (formadas por la pareja conyugal con sus hijos), pero sin olvidar las características especiales de otras tipologías familiares que cada vez se presentan más en la realidad social.

Willi (1978) aporta un concepto, asimilado por la mayoría de clínicos e investigadores, que permite entender las dificultades de la pareja en los distintos momentos de su evolución. Es el concepto de **colusión**, tomado de la teoría psicoanalítica, del desarrollo pre-genital de la libido. Entiende colusión como el juego conjunto de una pareja en torno a un conflicto neurótico que tiene carácter de defensa para ella. Se trata de fijaciones en situaciones de conflicto inconsciente en la infancia y que son mutuamente resonantes. Se produce colusión cuando ambos se enredan de forma inadecuada en un ritual estereotipado de lucha que absorbe gran cantidad de su energía psíquica, y que les es muy difícil poder solucionar. Generalmente es un suceso exterior (que suele corresponder a cambios en la estructura familiar, como el nacimiento de un hijo, una boda, un cambio laboral, una muerte), que reactiva una temática que ya, latentemente, era un foco de conflicto y que descompensa el sistema defensivo conjunto. Es ahí donde se enmarca la demanda de ayuda al psicoterapeuta de pareja o familia.

En relación con las fases mencionadas vamos a señalar algunas de las características más importantes, y de las colusiones comunes a ellas. En todas las fases hay que enfrentar períodos de cambios, crisis y transicio-

nes. La estabilidad (morfofostasis) es la que da identidad y seguridad al grupo, y el cambio (morfogénesis) introduce crisis, modificaciones, adquisiciones y crecimiento a cada uno y al grupo. Ambos polos son imprescindibles, y de su adecuado funcionamiento depende el equilibrio y la salud mental del grupo familia-pareja, y de cada uno de sus integrantes. Las etapas, en las que coinciden varios autores, son las siguientes:

1. Fase de constitución de la pareja. La «luna de miel».
2. El nacimiento del primer hijo. La inclusión del tercero.
3. La familia con hijos en edad escolar.
4. Ruptura de la dependencia de los hijos. El nido vacío.
5. El reencuentro de la pareja conyugal y la vejez.

2.2. Principales momentos del ciclo vital de la pareja-familia

Fase inicial o fase de formación de la pareja. Es la más estudiada. Lo que caracteriza a esta etapa es el enamoramiento y los fenómenos que lo rodean. Produce importantes beneficios secundarios debido al aseguramiento narcisista que implica el reconocimiento del otro, su aceptación de la definición de sí mismo próxima a sus ideales, y por las satisfacciones libidinales que se obtienen, que refuerzan la autoestima y la del compañero. En muchos casos se trata de mantener la mutua idealización de la pareja real, de mantener una relación de carácter profundamente regresiva, en una dimensión imaginaria, donde no exista la diferenciación, el tercero, la exclusión (Lemaire, 1986). Anzieu le llama «ilusión grupal». El juego colusivo conjunto se organiza en este momento por el entrecruzamiento de movimientos defensivos inconscientes de cada uno para mantener fuera de la conciencia cualquier percepción desagradable. Cuantos más aspectos del yo individual deban quedar fuera para mantener la idealización, mayor será el peligro intrapersonal (por el retorno de lo reprimido), como interpersonal, por la dificultad para ser soportes del otro si el inestable equilibrio se quiebra. Predominan los miedos, dudas, temores, a la intimidad, a la dependencia, a la toma de decisiones, a la sexualidad, etc.

Familia con hijos pequeños. El nacimiento del primer hijo obliga a una reorganización del funcionamiento de la pareja. Además de la función esposo-esposa aparecen la de madre, padre e hijo, y la relación de pareja es además relación familiar. Cambia también la relación con la familia de origen abriendo un nuevo espacio, a través del nieto. En este

momento la pareja ya está más definida y estructurada, con límites más precisos entre las definiciones de cada uno de ellos y diferenciados también con respecto al exterior.

Es una fase problemática tanto para el hombre como para la mujer. En el primero a veces surgen los celos por el necesario reparto del tiempo, cuidados y atenciones con el hijo. En la mujer, en ocasiones, hay una sobrecarga de la tarea de crianza que repercute en el abandono de otras áreas de interés para ella y cuestionamientos acerca de la igualdad de valor entre ambos. La tarea común sigue siendo un lazo de cohesión importante, aunque es una etapa en la que se presentan muchas dificultades que pueden llevar a la pareja a consultar a un terapeuta conyugal o familiar.

Familia con hijos en edad escolar. Willi cita una etapa a la que llama «crisis de los años medios de la vida», que incluye esta y las posteriores citadas antes: familia con hijos adolescentes y hasta la salida del hogar. En esta etapa la pareja y la familia están más definidas en su *status*, en su sistema de normas y reglas -aunque siempre cambiante por la necesaria adaptación a la evolución de personas y sistema. Ambos integrantes de la pareja están suficientemente definidos y diferenciados. Los hijos ya han crecido y están escolarizados. Cada uno se vuelca más en sus intereses personales y por salir de la rígida identidad impuesta por la identidad común como pareja.

En las familias medias es una etapa más difícil para la mujer que ha dedicado hasta ahora gran parte -o todo- su tiempo a la tarea de crianza de los hijos y de mantenedora del funcionamiento familiar. En este momento la norma de igualdad de valor se perturba notablemente para ella. En los hijos toma importancia el grupo de pares. Los temas del control de los adolescentes coexisten a veces con la atención que deben dar a sus propios padres, ya mayores.

Se reduce el valor del «yo común», las amistades cobran más importancia. También se dan las infidelidades matrimoniales con el consiguiente impacto narcisista. Surgen problemas varios que a veces se tratan de «resolver» enfermando a algún miembro del grupo (parentalizar a un hijo, creación de alianzas y exclusiones, mantenimiento de los hijos como pequeños o débiles, desarrollo de sintomatología psicosomática, etc.). La crisis de los años intermedios puede ser decisiva para la madurez. Willi recomienda en este momento tolerancia madura y sabiduría para volver a dar valor a la historia en común de muchos años.

La fase de «nido vacío». La ruptura de la dependencia de los hijos, el reencuentro de la pareja conyugal y la vejez. La pareja se reencuentra des-

pués de años dedicados a compartir su tiempo, intereses y dedicación con los hijos. Si todo ha ido bien, es un reencuentro positivo. La mayor equiparación de papeles funcionales en esta etapa entre ambos cónyuges, supone la preeminencia de la esposa, ya que al plantearse la jubilación del marido y su estancia en el hogar, aquella adquiere mayor valor. Los cónyuges dependen cada vez más el uno del otro, lo cual puede ser positivo, pero también puede ser fuente de conflictos.

La fase de edad avanzada. La aparición de enfermedades, la vejez, el miedo a la muerte, todos estos temas están presentes en estos momentos. La relación familiar ahora se hace en base a pautas que acuerden con sus hijos ya adultos.

Toda esta descripción de fases evolutivas de una familia es aplicable sólo a la familia estable tradicional. En el momento actual la realidad no se adapta a esta unidad ideal compuesta por la familia nuclear-conyugal más sus hijos. Hay un predominio claro de familia nuclear (sólo la madre con sus hijos) y muchas familias mixtas en que convive una pareja con hijos de anteriores uniones más los propios de esa relación. En todos los casos es importante el movimiento estabilidad-cambio propio de toda relación humana y de todo sistema abierto, vivo.

2.3. Tipología de los vínculos conyugales y familiares

Puget y Berenstein (1988) proponen cuatro parámetros que permiten definir y diferenciar el vínculo de pareja de otros vínculos diádicos (amigos, amantes, etc): *a)* la cotidianidad; *b)* proyecto vital compartido; *c)* relaciones sexuales y *d)* tendencia monogámica (tomada como definitoria de la marca simbólica de preferencia de pasaje del objeto único al objeto unificado amoroso). Estos autores hablan de varias modalidades de relación, desde el eje discriminación-indiscriminación de los yoes. Plantean como «Estructura cero» el mayor grado de fusión, pasando por «Estructura 1 Dual», donde predomina la indiscriminación, a «Estructura 2 de Terceridad Limitada» y «Estructura 3 de Triangularidad amplia», donde predomina la discriminación y autonomía.

Sager (1980) plantea 7 combinaciones de cónyuges a partir de las que explica las modalidades de relación: combinaciones de cónyuge igualitario, romántico, parental, infantil, racional, camarada y paralelo. Y los subtipos resultantes de la combinatoria, su estabilidad, dependencia-independencia, grado de angustia, identidad sexual, actividad-pasividad, etc. Walrond-Skinner (1982) clasifica las parejas en relación con el grado de madurez de sus componentes en *a)* infantiles, *b)* pueriles y

c) con relación razonablemente madura y adulta. Los conflictos surgirían cuando la combinatoria de los tipos de vinculación suponga una colusión disfuncional.

Respecto de las tipologías familiares, puede consultarse como ejemplo la propuesta por Ackerman (1977), donde plantea los siguientes tipos:

1. Grupo familiar aislado del medio exterior.
2. Grupo familiar integrado en el medio exterior.
3. Grupo familiar no integrado internamente.
4. Grupo familiar no deseado.
5. Grupo familiar inmaduro, integrado sólo internamente.
6. Grupo familiar desviado, desligado interna y externamente.
7. Grupo familiar desintegrado.

Abordaremos a continuación las características del proceso terapéutico con parejas y familias.

3. TERAPIA PSICOANALÍTICA DE PAREJA Y FAMILIA: EL PROCESO TERAPÉUTICO

3.1. Características generales. Diagnóstico. Encuadre. Transferencia y Contratransferencia. Objetivos

La característica más determinante de estas terapias, frente a las individuales, es la posibilidad que tiene el terapeuta de observar la organización defensiva que representa el vínculo para cada componente del grupo pareja-familia. Permite analizar vínculos y relaciones gracias al trabajo conjunto en el que integra informaciones, intra-inter y transubjetivas, producciones oníricas, procesos ideativos, fantasías, psicopatológicas o no, y las reacciones y asociaciones de los implicados frente a ese material y frente al propio terapeuta. Estas terapias pueden cumplir una doble función: una relativa a la mejora de la relación, y la otra referente a la mejora de áreas de cada sujeto que la compone.

La estrategia técnica de estos tratamientos presenta diferencias con la psicoterapia psicoanalítica individual. Puget y Berenstein (1988) señalan algunas:

- La posición de sentados, que determina a nivel inconsciente un tipo de producción ideativa más equiparable a la situación de vigilia. El peso de la realidad puede conllevar una facilitación para la

acción motriz y una dificultad para simbolizar. Permite también una menor regresión.

- El lenguaje es más de acción, ya que es menor la inhibición motora que en la terapia individual, aunque depende del encuadre, y es también más fácilmente expresable la violencia.
- La asociación libre es una propuesta que se formula en relación con la posibilidad de pensar libremente. Un yo opera como límite del otro yo en su posibilidad de pensar y hablar libremente. El aceptar compartir entre dos o más personas un discurso, representa tanto una facilitación como una restricción vivida como herida narcisista. En la sesión, además de hablar acerca de su conflicto, la pareja, la familia, lo reproduce en presencia del terapeuta.
- En este encuadre se produce una lucha permanente por el deseo de convertir al otro en objeto intrasubjetivo; el tratamiento consistirá en pasar desde un mundo invadido por vínculos hasta el penoso reconocimiento de espacios intrasubjetivos diferenciados, pertenecientes a cada uno de los sujetos de la relación.

Diagnóstico

Prevía a la definición del encuadre terapéutico hay una fase preliminar; fundamental, que es la fase diagnóstica, llevada a cabo, generalmente, mediante entrevistas, aunque es muy rica la información obtenida mediante tests, preferentemente proyectivos diádicos o relacionales (ver Stierling y col. 1981; Bueno Belloch, 1985a).

El objetivo de esta fase es poder analizar cuál es el conflicto, la demanda y la pertinencia de un determinado tipo de psicoterapia. Hay diversos modos de abordar esta primera fase (Williams, 1974; Knox, 1971; Spoerl, 1975, etc). Algunos autores no diferencian la fase diagnóstica de la terapéutica, mientras que la mayoría se opone a este criterio, por considerar imprescindible una exhaustiva indagación que garantice la conveniencia y posibilidad de éxito de un determinado método psicoterapéutico. La información a obtener de la pareja se refiere tanto a aspectos personales (de historia clínica, de evolución, estructura, tipo de transferencia, etc.), como a aspectos conjuntos (historia del vínculo) y de la relación (demandas, expectativas, dinámica actual, etc.). Un modelo de entrevista conjunta de diagnóstico ha sido propuesto por Williams (1974).

Encuadre

Cada encuadre configura un código y un límite. El límite viene dado por aquello imposible de ser modificado en cada encuadre (Puget y

Berenstein, 1988). El encuadre, como en las demás tareas clínicas, supone convertir en constantes una serie de variables que se dan en el proceso terapéutico y que regulan la relación paciente-analista. Se trata de definir y explicitar los roles de paciente y analista, los objetivos, el tipo de tarea, las condiciones de tiempo y lugar, los honorarios, etc.

Transferencia en las terapias de pareja y familia

Apuntaremos cómo se produce en el proceso psicoterapéutico con parejas y familias. Para una profundización en el tema en relación con la pareja, pueden consultarse los textos de los autores siguientes: Lemaire (1986), Willi (1978), Puget y Berenstein (1988), y para la familia: Berenstein (1990), Berenstein y otros (1991), Boszormenyi-Nagy y Framo (1982), H. Stierlin (1979).

En el Vocabulario de Terapia Familiar de Simon, Stierlin y Wynne (1988), se diferencia entre transferencia transfamiliar e intrafamiliar. La **transferencia transfamiliar** se produce cuando los modelos de conducta, fantasías, actitudes, expectativas, establecidas en las primeras e intensas relaciones del individuo con los miembros de su familia de origen, en especial los padres, son transferidas de modo inadecuado a personas que no forman parte del sistema familiar. Los dirigidos hacia el psicoterapeuta pertenecen a este tipo.

Los procesos de **transferencia intrafamiliar** se producen cuando esos fenómenos de transferencia se dirigen inadecuadamente hacia miembros del propio sistema familiar. Se les llama también **transferencia transgeneracional** porque implica por lo menos a dos generaciones. En la terapia familiar se analizan dos ejes de esta modalidad: los dirigidos por los padres hacia los hijos (situación en la que a menudo el hijo es parentalizado, con los conflictos que conlleva) y los dirigidos por los hijos hacia los padres (con los consecuentes déficits de individuación).

A diferencia de lo que sucede en psicoanálisis individual, en el tratamiento de las relaciones el terapeuta explora y analiza especialmente la transferencia intrafamiliar. Esto es igualmente aplicable al análisis de pareja. Se asigna al terapeuta el lugar del que supuestamente «sabe lo que pasa», frente a los que no lo saben. En la terapia de pareja el analista es visto por la pareja como investido de un significado derivado de la constelación objetal interna e infantil de cada uno de los miembros, así como del tipo de vínculo de pareja, derivado de los acuerdos que se establecieron en la etapa del enamoramiento (Puget y Berenstein, 1988). Estos mismos autores indican cómo la presencia de tres personas reales en el campo psicoterapéutico, da acceso a la representación del interjuego

triangular: la configuración edípica de los pacientes y los acuerdos inconscientes que de ella se derivan, junto con sus teorías sexuales infantiles y el nivel pregenital que comparten.

Se enfatiza en todos estos puntos el tema transferencial como estructura de repetición. Del lado del analista, la intensa identificación proyectiva de la pareja, y sus propios conflictos no resueltos puede crearle dificultades contratransferenciales que repercuten en el proceso. Todos los autores recomiendan para el terapeuta que lleve a cabo una psicoterapia de pareja. La transferencia pasa por dos momentos: 1) que el terapeuta sea investido por cada uno de los pacientes como un *objeto único* (negando las diferencias entre ambos miembros), y 2) que sea tomado como *objeto unificado* (como posibilidad de integración de ambos) lo que sucede hacia el final del tratamiento, donde puede reconocerse a un *otro* real, exterior y autónomo; esto implica un funcionamiento vincular más complejo, progresivo y enriquecedor para la pareja. Un buen proceso psicoterapéutico será aquel que termina cuando el terapeuta puede ocupar un lugar externo al espacio vincular de la pareja, que puede funcionar autónoma y satisfactoriamente de acuerdo con los objetivos propuestos.

Contratransferencia

En el diccionario antes mencionado se define como «las actitudes, percepciones y «puntos ciegos» del terapeuta que obstaculizan sus intentos para mantener una actitud imparcial, neutral y uniformemente empática para toda la familia. Los problemas de contratransferencia a menudo están ligados a experiencias y conflictos no resueltos de su propia familia de origen. Por consiguiente la elaboración de los conflictos surgida de la experiencia propia de la vida familiar anterior adquiere el mismo status que el que tiene el análisis de entrenamiento para los psicoanalistas neófitos» (Simon, Stierlin y Wynne, 1988, p. 426). Sin embargo habría que ampliar esta definición señalando que la contratransferencia hace referencia a todas las respuestas del analista frente a, o en relación con, su paciente (pareja o familia), tanto en su aspecto positivo, *facilitador* de la comprensión de la problemática del paciente, como *inhibidor* de tal empatía.

Es, como en el caso anterior, aplicable tanto a la familia como a la pareja. En el análisis de pareja los puntos ciegos se relacionan más directamente con la representación del objeto pareja internalizado del analista, construido a lo largo de su vida y actualizado por su propia relación vincular de pareja actual, con sus aspectos progresivos y regresivos. Puget y Berenstein (1988, p. 85) analizan tres configuraciones contratransferenciales que consideran prototípicas en la psicoterapia de pareja: el

terapeuta como juez, el terapeuta como cómplice —hay un tercero excluído—, el terapeuta como «amante», —a causa de una transferencia erótica con el terapeuta.

Cuando el trabajo es en co-terapia cada uno de los coterapeutas puede facilitar al otro el control de la Contratransferencia, mostrando los puntos ciegos de sus intervenciones. Operaría así además, en cierto sentido, como supervisor.

Objetivos en Psicoterapia de Pareja y Familiar

Diferentes autores desde diversos enfoques se han ocupado del tema, desde Kalina (1970) en relación con la Psicoterapia Breve, hasta los que específicamente se han ocupado de la Psicoterapia de Pareja o de Familia, como Willi, Teruel, Lemaire, Avia, Sager, Ferber y Ranz, Dicks, Thomas, Boszormenyi-Nagy, Framo, etc. Todos coinciden en la necesidad de fijar unos objetivos claros. Esto va a condicionar los resultados de la terapia, ya que crea un compromiso importante, cognitivo y afectivo en cada miembro de la pareja o familia y en el propio terapeuta, que interviene de forma determinante en el proceso.

Una síntesis de sus puntos comunes puede ser la siguiente:

1. Sacar a la pareja de su formación de «colusión» para que sean capaces de adoptar decisiones y clarificar su relación.
2. Que cada persona alcance un conocimiento profundo de sí mismo y de su conflictiva personal y de cómo eso actúa en su relación. Que pueda, desde ahí, reintroyectar lo proyectado en el otro.
3. Que puedan lograr una mayor comprensión y aceptación del otro tal como es, no como quisieran que fuese.
4. Que puedan tener expectativas próximas a la realidad respecto a sí mismo, al otro y a la relación. Que no sean imposibles o destructivas para ambos o para uno de ellos.
5. Que puedan establecer una relación que no agote el universo psicológico de sus miembros, ni exclusivista, ni absorbente, que permita que cada uno desarrolle sus áreas personales.
6. Que se pueda detectar e interpretar el «objeto interno dominante».

3.2. Los enfoques y condiciones de la psicoterapia psicoanalítica de pareja

Desde los años 30 se reconoció oficialmente como Psicoterapia los métodos empleados para el tratamiento de los conflictos y disfunciones en las relaciones de pareja. Desde entonces diversos autores han venido informando del elevado número de pacientes que consultan por este tipo de problemas, bien en pareja, bien individualmente. Como ya hemos planteado en la introducción de este capítulo ha habido variedad de procedimientos terapéuticos empleados; desde la utilización del método psicoanalítico ortodoxo freudiano, hasta un abanico de procedimientos basados o fundamentados en el Psicoanálisis donde se «trata de comprender los factores inconscientes determinantes de las múltiples vicisitudes de ese vínculo» (Puget y Berenstein, 1988). Tiene que abordar lo intrasubjetivo, lo intersubjetivo y lo transubjetivo, y las representaciones inconscientes de cada uno de estos elementos. En el apartado que sigue se describen los tres procedimientos más utilizados en psicoterapia psicoanalítica de pareja:

- El psicoanálisis individual, con sus variantes: consecutivo, concurrente y colaborativo.
- La psicoterapia conjunta de pareja.
- La psicoterapia de grupo de parejas.

Modalidades de la Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja

A) *Psicoterapias individuales: Consecutiva, Concurrente y Colaborativa:*

En el primer apartado de este capítulo ya se han descrito los momentos en que estas variaciones al método psicoanalítico se produjeron, y sus características.

- *Psicoterapia Consecutiva de pareja* se basa en la utilización del método psicoanalítico primero con uno de los cónyuges, y cuando lo termina, empieza el del segundo. El terapeuta es el mismo en los dos casos. Plantea muchos inconvenientes, derivados del manejo trans-contratransferencial, y de la duración del proceso.
- *Psicoterapia Concurrente* en la que el mismo terapeuta trata a ambos cónyuges de forma individual, pero simultáneamente. Este método ayuda a ver las interacciones neuróticas complementarias de ambos miembros de la pareja. Los problemas en torno al manejo trans-contratransferencial siguen existiendo. Greene (1970) la

indica en los casos en que la fuerte estructura de poder de uno de ellos sobre el otro impediría el trabajo conjunto.

- *Psicoterapia Colaborativa* es aquella en la que cada cónyuge de la pareja disfuncional es visto por un terapeuta diferente que periódicamente revisan, conjuntamente, sus análisis individuales. Esto les permite ver las distorsiones, las defensas de cada yo y los impulsos instintivos que cada uno reprime en la relación. Se pone de relieve también las reacciones contratransferenciales provocadas por sus respectivos pacientes.

Este enfoque para el tratamiento de los conflictos conyugales plantea problemas muy importantes en relación con su funcionamiento y posibles desenlaces. Para ampliar esta perspectiva se recomienda la lectura del capítulo «Las psicoterapias individuales y sus efectos en la pareja» de J. Lemaire (1971a).

B) *Psicoterapia de pareja propiamente dicha o Conjunta:*

Es el tipo de psicoterapia más utilizada actualmente. Berman y Lief (1975) afirmaban, ya entonces, que el 80% de los tratamientos de pareja incluían a ambos cónyuges, y uno o más terapeutas. En función del número de terapeutas algunos autores han propuesto las denominaciones «tratamiento en trío», cuando un sólo terapeuta se ocupa de ambos miembros de la pareja conjuntamente, y «tratamiento en cuarteto» cuando es una pareja de co-terapeutas quien realiza esta función. En ambos modelos hay autores que contemplan la posibilidad de realizar alguna entrevista por separado con cada uno de los miembros de la pareja, bien sea de forma esporádica o sistemática, y quienes parten de la presencia conjunta como condición ineludible para efectuar el tratamiento. Entre los primeros podemos citar a Dicks, Teruel, Sager, Holleder, etc., y entre los segundos a Berenstein, Puget o Willi.

La terapia simultánea de parejas fue descrita por A. Thomas en 1956, lo que marcó un importante cambio en el abordaje psicoanalítico habitual.

La hipótesis de partida elaborada por Wrage (1968), y compartida por los psicoterapeutas psicoanalíticos de pareja, es que los conflictos que se manifiestan en la relación psicoterapéutica, son el equivalente de las neurosis de transferencia que tienen lugar en el encuadre psicoanalítico. Se actualizan en la transferencia los conflictos que van a ser tratados a través de la interpretación psicoanalítica, pero siempre desde el vínculo.

Lemaire (1986) señala tres modalidades de psicoterapia conjunta:

1. Las terapias de pareja que buscan mejorar la comunicación y la interrelación.
2. Las que se centran en el grado de maduración de uno o cada uno de los cónyuges, sucesiva o simultáneamente.
3. Las que denomina psicoterapias psicoanalíticas de pareja, caracterizadas por la toma de conciencia —por parte de cada uno, y, simultáneamente, de ambos—, de procesos inconscientes profundos, en particular de las inhibiciones que al ser eliminadas permiten a cada compañero desarrollarse en el plano de la maduración e intercomunicación con la pareja (pg. 146-147).

Este mismo autor (Lemaire, 1977) plantea tres condiciones que deben darse para poder realizar terapia de pareja:

1. Que ambos estén de acuerdo en hacer terapia conjunta.
2. Hacer clara distinción entre la mejora de la comunicación entre los cónyuges y el mantenimiento de una vida en común, que dependerá solo de ellos y que es una de las consecuencias posibles de esta mejora en la comunicación.
3. Que el terapeuta pueda intervenir libremente sin verse molestado por demasiadas contradicciones entre las dos condiciones precedentes.

A la psicoterapia conjunta de parejas J. Willi la denomina «Terapia de colusión». Parte de la hipótesis de que la contribución a la crisis es del 50% por parte de ambos integrantes. También hay conflictos que dependen más de la neurosis de uno de ellos. A la *colusión* se llega cuando hay una disposición de reacción neurótica recíproca. Este proceso lo activa el inconsciente común por medio del tema desplazado mutuamente. Willi señala que las porciones (delegadas o externalizadas) transferidas al otro, vuelven, incrementadas, al propio Yo creando la colusión. Señala cuatro *temas* fundamentales de *colusión* que se corresponden con los grados evolutivos de la primera infancia tal como los desarrolló la teoría psicoanalítica:

1. El tema de la relación narcisista (colusión narcisista): «el amor concebido como *ser uno mismo*».
2. El tema de la relación oral (colusión oral): «el amor concebido como *preocupación del uno por el otro*».
3. El tema de la relación sádico-anal (colusión anal): «el amor concebido como *pertenecerse el uno al otro*».

4. El tema de la relación fálico-edípica (colusión fálica): «el amor concebido como *afirmación masculina*».

Cada uno de los cuatro temas presenta un aspecto regresivo y otro progresivo. Durante la psicoterapia la estrategia se dirige, fija como foco preferente uno de estos *temas*, pero su evolución pone de manifiesto que también intervienen los demás.

Las ventajas que se adjudican a esta modalidad de terapia conjunta apuntan a: una mejora en la capacidad de comunicación; mejora la percepción, el conocimiento y la comprensión de sí mismo, del otro y de la relación; que proporciona un mejor criterio de realidad; crea un mayor compromiso conjunto en el proceso psicoterapéutico; permite acceder mejor y más rápidamente a la dinámica diádica, y consigue intensificar y acelerar los procesos terapéuticos. Coinciden en esta valoración gran número de autores (Dicks, Teruel, P. Martin, Lemaire, Gill y Temperly, Sager, etc.). P. Martin indica, además, algunas ventajas para el psicoterapeuta:

- a) logra una observación directa de los participantes, lo que le permite:
- b) evaluar más objetivamente sus comportamientos,
- c) observar los aspectos más sanos de la pareja, y
- d) le permite establecer los límites conyugales de forma constructiva.

C) *Psicoterapia de grupo de parejas:*

Framo (1973), en su informe con más de 200 parejas, afirma que la psicoterapia de grupo es el tratamiento ideal para los problemas conyugales. Otros muchos autores coinciden en esta valoración. Se considera un método idóneo para parejas que se mantienen en un buen nivel de funcionamiento general, y cuya problemática se centra en una dificultad interna para relacionarse (Neubeck, 1954; Gottlieb y Pattison, 1966). Son las parejas en las que los aspectos neuróticos de cada uno de ellos despliegan en el vínculo de pareja, quedando el resto de su comportamiento libre de alteraciones. P. Martin (1973) recomienda la psicoterapia de grupo también en los casos en que otras formas de terapia de pareja han conducido a un «impasse» y se espera que la influencia del grupo sea revitalizadora. Gottlieb y Pattison (1966) concluyen que:

- 1.º El grupo ofrece, en un clima de tolerancia, un apoyo que permite al paciente una fácil aceptación.
- 2.º El grupo fomenta pautas de interacción típicas que permiten su investigación.

- 3.º El grupo alivia la sensación de amenaza y da la oportunidad de introducir el criterio de realidad.
- 4.º Permite a sus miembros dejar aflorar alteraciones transferenciales útiles.

P. Martin señala otras ventajas:

- 1.º El grupo permite ver que las dificultades conyugales que uno sufre no son únicas, lo que produce un enorme alivio.
- 2.º Las luchas maritales de otras parejas son utilizadas como modelos a evitar y sirven para aprender modelos de resolución de conflictos.
- 3.º Las expectativas quiméricas de la pareja y de sus integrantes se contrastan con el criterio de realidad del grupo.
- 4.º Se diluyen los sentimientos transferenciales y contratransferenciales.
- 5.º Se utiliza el proceso grupal como motor terapéutico.
- 6.º Es un método económico y ahorra tiempo.

Blinder (1967) dice que la psicoterapia de grupo proporciona un equilibrio más sano a sus participantes, mediante la corrección de sus errores en la comunicación, en la percepción, mediante el alivio de angustias recíprocas, el análisis de las discrepancias y la facilitación de la intimidad. Lemaire subraya que en el grupo se depende menos de deseos regresivos y parciales, y se emplea en mayor medida la fantasía para obtener gratificaciones; mejora la ambivalencia de las relaciones; mejora la capacidad de *insight* de sí mismo y respecto de las relaciones. El principal efecto del grupo es permitir a los cónyuges liberarse de los procesos inhibitorios neuróticos que les impiden relacionarse sin trabas. Los grupos se pueden componer de varias parejas y uno o más terapeutas (coterapeutas). El primer tipo se utiliza más en Inglaterra y el segundo en EE.UU.

Hubo muchas dificultades y resistencias «a priori» respecto de este tipo de tratamiento en relación con el manejo transferencial y contratransferencial, con el acting-out, con la imposibilidad de trabajar en presencia del cónyuge porque impediría las regresiones, por la inhibición de las fantasías, por el temor al uso de la información de las sesiones, por el manejo de la agresividad, etc.

Las interpretaciones, según Teruel, se deben formular como si se tratase de una pareja y de la problemática de interrelación que tiene una pareja en un momento dado. Se trata de la problemática conyugal de

todas o de una específica pareja, y la interpretación será individual o grupal, según la técnica preferencial del terapeuta. Una aportación muy interesante es la de Mangile y Prudhomme (1967), que proponen, siguiendo a Bion y Ezriel, abordar las interpretaciones en tres niveles: primero, descubrir y analizar la fantasía inconsciente colectiva; segundo, mostrar a cada pareja lo que le atañe, y en tercer lugar, mostrar a cada persona cómo reacciona ante su compañero, y viceversa.

Indicaciones y contraindicaciones para la Terapia de Pareja

Lemaire (1977) resume su trabajo sobre psicoterapias conyugales haciéndose dos preguntas fundamentales acerca de la pertinencia de una determinada indicación de la terapia: ¿tolerará la pareja un cuestionamiento de sus pulsiones básicas y una aceleración del proceso en curso, incluso en presencia del terapeuta?, y ¿tolerará el terapeuta estar estrechamente implicado en la realización de la labor analítica, cuyas bases inconscientes le remiten a su propia resolución del *Complejo de Edipo*, y los riesgos que entraña su actitud frente a la escena primaria? (p. 213). Hace referencia, pues, tanto a las variables del paciente —pareja—, como del terapeuta.

Para llegar a considerar la accesibilidad de la pareja al tratamiento psicoanalítico de pareja es preciso haber hecho una valoración psicodiagnóstica de la misma. Puget y Berenstein (1988) subrayan ciertos aspectos a analizar, de los que se derivará la indicación o no de terapia de pareja:

1. Delimitar y analizar zonas compartibles y no compartibles. La Terapia de Pareja estará indicada cuando de ese espacio no compartible surge una disfunción que afecta al funcionamiento vincular (p.ej., la necesidad de excluir al otro, de modo confusional o paranoide).
2. Analizar la transferencia, que cuando está muy fijada en un vínculo dado con el compañero, impide transferirlo al terapeuta en la terapia, de modo que será el terapeuta el que ocupe el lugar de excluido.
3. Casos en los que es necesaria la presencia de los dos yoes en conflicto para lograr poder verse desde el otro, y poder escucharse a través de la aceptación de la presencia de un tercero (el o los terapeutas).

A) *Indicaciones*

Las indicaciones de terapia conjunta propuestas por numerosos autores (Lemaire, Sager, Greene, Haley etc.) son las siguientes:

- Cuando es la propia pareja quien demanda ayuda para sus conflictos, y el vínculo resume los aspectos neuróticos individuales, mientras que el resto de la personalidad se mantiene ajena.
- Cuando uno o ambos son capaces de explorar intensamente y modificar las fuerzas intrapsíquicas, interpersonales y del medio.
- Cuando se producen dificultades en la terapia individual («impasse», temor a la evolución personal por su efecto en la relación, etc.).
- Cuando hay tendencia al *acting-out*.
- Cuando hay dificultades para una comunicación eficaz.
- Cuando un trastorno psiquiátrico en uno de ellos requiere la presencia del cónyuge para su equilibrio psíquico, etc.

B) *Contraindicaciones o límites*

Al modificar profundamente los procesos inconscientes sobre los que descansa el equilibrio de los integrantes de la pareja, surge el peligro de que se rompan los vínculos, más o menos neuróticos en su origen. Al ser dichos vínculos los que aseguraban en alguna medida la gratificación libidinal de ambos, puede estar indicado trabajar por separado con cada miembro de la pareja en los supuestos siguientes:

- Cuando se teme que la nueva comprensión que adquiere cada persona en la terapia pueda ser utilizada patológicamente por el otro.
- La aceleración en el levantamiento brusco de la represión por la terapia, puede derivar en el establecimiento de vínculos desde características no adecuadas a un buen funcionamiento vincular.
- Los cónyuges pueden presentar un frente unido que frustre los esfuerzos de cambio del terapeuta.
- En todos aquellos casos en que es importante un trabajo intrapsíquico que no puede ser abordado en una terapia conjunta.

3.3. Psicoterapia familiar de orientación psicoanalítica

Gutiérrez y cols. (1989) han revisado las 15 clasificaciones metodológicas internacionalmente más utilizadas en este tema, desde Buckley (1968) hasta Nichols (1984). En todas ellas la T. F. Psicoanalítica ocupa un lugar bien diferenciado respecto a los otros métodos, aunque incluyen en el mismo grupo autores de diversa orientación y técnica.

Puede considerarse a Ackerman como el innovador de la terapia psicoanalítica de gran influencia en la actual T. F. Psicoanalítica. Explicó «una relación representa más que la suma de personalidades. Un nuevo nivel de orden crea cualidades nuevas». Abogó por una terapia del grupo familiar como un todo para hacer una interpretación psicoanalítica de la dinámica inconsciente en su contexto.

Hoy todos los terapeutas familiares coinciden en la consideración de la familia como un todo, como una unidad, desde la que se analizan y explican los fenómenos que en ella se producen. Como dice Satir (1965), «el tratamiento de la familia como unidad significa tener a todos los miembros presentes en el mismo sitio y a la misma hora, con un terapeuta, o con co-terapeutas masculino y femenino». No obstante, hay diferencias en cuanto al número de personas implicadas en la T.F. (sólo el «paciente identificado» con sus padres; una díada básica; todo el grupo familiar; todas las personas emocionalmente importantes para la familia —Terapia de Red—; varios grupos familiares) y también en cuanto al número de terapeutas.

Vamos a tomar de uno de los autores que más trabaja actualmente la T.F. Psicoanalítica, I. Berenstein (1990), la valoración y descripción que hace de la misma. Señala Berenstein que «psicoanalizar una familia es interpretar una *red interfantasmática*, la trama de fantasías que envuelve a los yoes, donde tiene cabida la fantasía inconsciente de cada uno, que no se suma a la de los otros, sino que, merced a ella, tiene su lugar en el conjunto fantasmático. Si éste incluye elementos históricos, conforma un «mito familiar»; si tiene elementos actuales constituye una creencia. Ambos no son sólo estructurados, sino estructurantes, y, en este sentido, se constituyen como una determinación prefigurada, sin perder de vista lo que tiene de probabilístico, de azaroso: «Psicoanalizar una familia es tomar contacto con el sistema de elecciones objetales, de nombres propios, así como de los acuerdos, pactos y normas inconscientes de la pareja y de la familia. También con el límite dado por cada yo, acorde con la diferencia sexual y sus consecuencias psíquicas, y con la diferencia generacional y las consecuencias de su posición en el parentesco» (p. 64-65).

El concepto «mito familiar» es muy utilizado en T.F., se puede definir, siguiendo a Ferreira (1963) y a Stierlin (1973), como un cliché explicativo que comparte todo el sistema familiar y que sirve para ocultar los verdaderos problemas, conflictos y tensiones familiares. Por ejemplo «la familia feliz», «el culpable», «el salvador», etc. Generalmente se acompañan de secretos familiares que cumplen la función de mantener el mito. Tienen una gran fuerza homeostática en el grupo ya que sirven para mantener el «statu quo» de la familia. Funcionan como protección y defensa grupal como los mecanismos de defensa de los individuos.

El proceso terapéutico trata de crear un espacio, un contexto que facilite la comprensión de esos significados en el grupo familiar. El papel del terapeuta integra como objetivos fundamentales detectar y esclarecer las disfunciones en la comprensión y activar los recursos que existen en la familia, ser imparcial, respetar los valores familiares, ser empático con cada miembro, ser activo en cuanto a asumir responsabilidad y comprometerse con el grupo y con la terapia. Su intervención se plasma, fundamentalmente, a través de la interpretación y generará otras modalidades de relación que va dirigida a favorecer una interpretación recíproca constructiva de los conflictos de los pacientes.

Algunos autores señalan tres vértices fundamentales en la interpretación teórica psicoanalítica: la explicación, la semiótica y la acción, y desde cada uno de ellos se utilizan reglas mediante las cuales se relacionan el contenido manifiesto y el contenido latente, el significante y el significado, la causa y el efecto. Todos se relacionan entre sí, pero el analista interpretará desde uno u otro vértice. Lo más importante de la intervención del terapeuta en Terapia Familiar es llevar a la conciencia más lo inadvertido pero observable, que lo inadvertido pero deducible.

Esto es, la tarea del terapeuta familiar consiste en favorecer la toma de conciencia respecto al sistema de normas inconscientes que regulan la relación familiar: lo que no se conoce, pero se actúa o se sufre, las pautas repetitivas de interacción conflictiva que termina produciendo uno, o más, «pacientes índice» en un grupo familiar disfuncional (anoréxico; psicosomático, etc.).

Indicaciones y Contraindicaciones para la Psicoterapia Familiar

A) Indicaciones

Walrond-Skinner (1978) propone indicar la Psicoterapia Familiar cuando la situación clínica se le presenta al terapeuta transaccionalmente, también cuando la familia funciona dominada por ansiedades persecutorias (paranoides-esquizoides).

Wynne (1965) la recomienda cuando los miembros individuales de una familia intercambian disociaciones (es decir, que cada persona maneja más adecuadamente lo patológico que existe en el otro y que el otro no puede reconocer).

Stierlin y cols. (1981) la consideran necesaria en los siguientes supuestos:

1. Cuando existen fuertes vínculos que conducen a la explotación familiar, especialmente sobre niños y adolescentes.
2. Cuando los fuertes vínculos invisibles de lealtad hacen que el trato de un miembro familiar con un terapeuta, amigo o pareja, sea vivido como una traición a la familia.
3. Cuando existe el peligro de que una terapia individual separe una relación, en especial la de padres-hijos.
4. Ante perturbaciones graves como la *Anorexia Nerviosa* o las alteraciones esquizofrénicas.
5. Cuando hay que contrarrestar una situación de aislamiento profundo o expulsión de la familia (p.e. ancianos, enfermos)

B) *Contraindicaciones*

Ackerman (1966), no aconseja la T.F. cuando se da la presencia de una tendencia nociva irreversible hacia la disolución familiar, que hace imposible revertir el proceso. También en el caso de que un miembro esté tan dañado psíquicamente que no pueda tolerar el trabajo en familia (Trastornos graves de la personalidad, cuadros borderline, cuadros delirantes).

4. LA PROBLEMÁTICA DEL GÉNERO EN PSICOTERAPIA

Aunque podríamos recuperar la memoria de un sin fin de aportaciones relevantes durante todo el siglo XX sobre la problemática del género en la psicología en general y la psicoterapia en particular, lo cierto es que sólo en las últimas décadas ha calado en los ámbitos científicos y profesionales la preocupación por incorporar de manera efectiva una lectura de género en los ámbitos y fenómenos en los que interviene el profesional de la salud. La cuestión del género ha sido la cenicienta de las ciencias sociales, y en el entorno de los tratamientos psicodinámicos, la criada respondona que finalmente ha logrado hacerse oír. Aunque incorporar la cuestión del género nos remite a reconocer la especificidad diferencial de hombres y mujeres, el abordaje de estas problemáticas ha sido masculino-

céntrico, y en consecuencia, hablar de género ha sido hasta hace poco preocuparse de abrir una sensibilidad que reconozca la singularidad de lo femenino frente a lo masculino. Y el psicoanálisis, eje aglutinador de los tratamientos psicodinámicos, ha presentado grandes carencias en este terreno hasta momentos muy recientes.

La Mujer en su singularidad y especificidad de género no fue un objeto central del interés de Freud. Las opiniones científicas y actitudes de Freud hacia la Mujer, constatadas en sus escritos y muy especialmente en su correspondencia (las cartas dirigidas a su novia y posterior esposa Martha Bernays, particularmente la fechada el 15 de noviembre de 1883, suele ser citada por recoger en ella afirmaciones concretas sobre el papel de la Mujer e indirectamente sobre sus cualidades psicológicas y socialmente deseables) están impregnadas por los valores fuertemente conservadores y la ideología social imperante en la Viena de fin de siglo. Aunque Freud no mantuvo inalterables sus convicciones sobre la mujer, y a partir de los años 20 se aprecian algunos giros significativos, en lo esencial ha mostrado una visión mucho menos progresiva y revolucionaria sobre la Mujer que sobre el Hombre en general. La idea central que destila Freud en sus escritos es la diferencia de destino entre hombre y mujer (Freud, 1924, 1925; Bonaparte, 1978; Salome, 1982). En concreto para la mujer se trata del mantenimiento del hogar familiar (casa, cuidado y educación de los hijos) y para el hombre la práctica de una profesión y el sostenimiento económico del hogar. Así Freud se muestra acorde con los valores conservadores de la época y la tradición judía sobre los papeles familiares. Si la mujer jugara otro papel se induciría su competitividad con el varón, lo que llevaría a una escena «peligrosa» que Freud excluye, al introducir el juego de poder y reparto de papeles entre hombre y mujer, si ambos fuesen considerados «personas» equiparables que proyectan una relación y «negocian» el reparto de papeles. Ni en los escritos teórico-clínicos, ni en los privados, estas opiniones, actitudes y valores de Freud se modifican posteriormente en lo esencial (Freud, 1932; Rubí Cid, 1998b).

Detrás de todas las críticas que se han hecho a las formulaciones freudianas sobre la psicología femenina, subyace una crítica fundamental común: Freud concibió la feminidad como una masculinidad fallida (Young-Bruehl, 1990), y en torno al concepto de fase fálica (Freud: «La organización genital infantil», 1923) se admite la asimetría en el desarrollo psicosexual de niños y niñas, ocupando el objeto fálico el lugar central del objeto libidinal, con la creencia de un único órgano sexual, el masculino, instaurándose la primacía universal del pene, subsumida en la primacía del falo, entendido como una fantasía inconsciente. La diferen-

cia sexual anatómica se manifiesta como ansiedad de castración en el niño, y como envidia de pene en la niña.

Karen Horney (*La Psicología Femenina*, 1977) sugirió que el psicoanálisis había subestimado lo que los varones envidian de las mujeres, lo que es única y privativamente femenino y no derivado del varón, es decir el embarazo, el dar a luz y la crianza. Estos argumentos son coincidentes con las observaciones de Margaret Mead sobre envidia del útero en los varones observada en estudios trans-culturales sobre rituales de nacimiento. Posiciones psicoanalíticas más recientes (Mitchell, 1971, 1974; Tubert, 1988; Dio Bleichmar, 1997) se han centrado en el problema de la formación de la identidad, postulándose una «Identidad nuclear de género» basada en la identificación primaria con la madre en el caso de las niñas, o en la desidentificación con la madre en el caso de los niños, e incluso atribuir la supuesta *envidia del pene* a la lucha de la joven para separarse de su madre, una separación potencialmente más sencilla para el varón. De esta forma el psicoanálisis ha evolucionado restando importancia a este concepto, reelaborándolo en términos de los vínculos pre-genitales con la madre. Para Freud esta *envidia* era el medio que tenía la púber de separarse y repudiar a la madre, volviéndose hacia la heterosexualidad y en consecuencia si disminuye el énfasis en la envidia del pene se resaltarán lo fuertemente unidas que las niñas están a sus madres, o lo que es lo mismo: reprimir la envidia del pene es, en términos freudianos, permitir la bisexualidad en la feminidad.

Los autores kleinianos se han desinteresado de explicar por qué la niña se vuelve hacia el padre, argumentando que los niños y niñas están dotados innatamente con el conocimiento de las partes y funciones sexuales masculinas y femeninas, desarrollándose desde el principio en un medio de «*relaciones de objeto*», con las ansiedades que ellas implican. Esto supone un centramiento en los problemas del periodo pre-edípico o pre-genital como eje del campo de la psicología femenina, criticando la universalidad de la teoría freudiana de la teoría de la envidia del pene.

No es éste el único punto de debate que sobre la psicología femenina, permanece en el psicoanálisis actual. El rechazo a la universalidad de la teoría de la envidia del pene se ha efectuado también desde los efectos culturales que sobre la socialización tiene la sobrevaloración del *falo*, sobrevaloración similar a la actitud que cualquier grupo desfavorecido tiene hacia el poder. Esta concepción sociologista ha sido recogida habitualmente en los argumentos feministas (Chodorow, 1989; Zanardi, 1990). Las investigaciones psicoanalíticas recientes han aportado últimamente evidencias sobre la existencia de deseos de tener bebés en las niñas antes

de la *fase fálica* y también de la existencia de vínculos con los padres varones antes de esa fase, es decir, antes de que el supuesto «*complejo de castración*» la gire hacia el padre. Otros factores biológicos y psicológicos como el inicio de la menstruación y el temor a la penetración vaginal — como daño interno— que fueron completamente ignorados por Freud, han sido después objeto de atención, ya que desempeñan un papel relevante en la pubertad y adolescencia. En resumen, se ha pasado de la inicial hostilidad hacia los psicoanalistas ortodoxos por sus teorías sobre la mujer, a las exigencias de cambios teóricos y técnicos, que se reflejarán más tarde en la teoría (Barnett et al., 1968; Chasseguet-Smirguel, 1977; Safouan, 1979; Flax, 1995).

No obstante los avances logrados en el psicoanálisis, no se ha desarrollado todavía una teoría de la feminidad que haya logrado suficiente consenso y aceptación general. Ni el psicoanálisis como teoría, ni la psicoterapia como técnica de intervención pueden quedar al margen del amplio número de evidencias incontestables que proceden desde el dominio psicológico, biológico y social, y que subrayan que ha de incorporarse la perspectiva de género, haciendo abstracción de los sesgos ideológicos que han sido incorporados a las teorías clínicas como si fueran evidencias científicas.

Incorporar una perspectiva de género en la psicoterapia implica tomar en consideración los siguientes aspectos (Burín, 1987; Williams, 1987; Martínez Benlloch y Bonilla, 2000):

1. El *sistema sexo/género* es un eje vertebrador del comportamiento humano, que contribuye a la reflexividad y complejidad del sujeto psicológico. El género implica un sistema de valores que construye cada cultura sobre el dimorfismo sexual, y deriva en lo psicológico de la experiencia subjetiva de dicho dimorfismo.
2. El género psicológico, o *identidad de género*, atraviesa todos los niveles de la subjetividad, desde la conducta social relacional, el autoconcepto, los procesos nucleares del Sí mismo, en sus vertientes conscientes e inconscientes.
3. La *perspectiva de género* introduce un enfoque relacional según el cual sólo pueden comprenderse las experiencias subjetivas y vinculares de los hombres y las mujeres si se analizan recíprocamente en función unas de otras, en su vertiente relacional como procesos intrínsecamente intersubjetivos. Experiencias que cambian contextualmente según las épocas y culturas, como resultante de determinantes antropológicas, biológicas, sociales y psicológicas.

4. Comprender, en su caso explicar, y si es posible modificar los procesos sobre los que incide la psicoterapia implica reconsiderar la lógica ideológica que se transmite desde los valores de una sociedad dada. Por ejemplo, el psicoanálisis ha tenido que cuestionar la lógica patriarcal que subyace en sus orígenes para dar acceso a una lectura igualitaria de la construcción intersubjetiva de la subjetividad humana, y por tanto de la identidad, rompiendo con los estereotipos sobre «desigualdades naturales» entre los sexos que fuerzan diferencias en planos injustificados. La especificidad y singularidad de hombres y mujeres no implica asumir desigualdad, ni opresión o sumisión, sino respeto a la diferencia y apertura a su expresión cambiante en lo social, también cambiante en sus posibilidades e ideales.
5. Los cánones de una sociedad determinada sobre estereotipos sexuales, roles sociales y sexuales, identidad sexual, orientación sexual, y conexos, son expresión de las articulaciones y equilibrios entre las fuerzas que la constituyen como sociedad, y dependen por tanto de las relaciones de poder entre sus integrantes, son cambiantes como la sociedad misma, y nada pueden explicar de su expresión en la individualidad, sino solo de su carácter de fenómenos descriptivo-estructurales del orden social. Por ello la psicoterapia, destinada al nivel de la subjetividad individual y de sus elecciones vinculares, ha de abstraerse de los ideales normativos de una sociedad para referirse a las exigencias de comprensión de la individualidad y su entorno inmediato: el respeto tanto al ajuste como a la diferencia con el ideal social es su marca de identidad.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este capítulo hemos presentado una revisión de las Terapias de Pareja y Familia de orientación psicoanalítica que nos permite comprobar cómo el origen de estos tratamientos parte del Psicoanálisis, no sólo en este modelo teórico, sino también en la Terapia Sistémica. Hemos recorrido los avatares de adaptación de esta teoría a las demandas de intervención clínica que la sociedad ha ido requiriendo. Finalmente hemos presentado una breve descripción de los métodos que actualmente se utilizan para el tratamiento de las disfunciones conyugales y familiares. Es todavía amplio el camino a recorrer para obtener resultados más efectivos en el abordaje de tales unidades, pero la base teórica está firmemente asentada en la Teoría Psicoanalítica propuesta por Freud y sus continuadores. Finalmente se aborda la problemática del género en psicoterapia, en qué medida hay una especificidad en la intervención con mujeres y con hombres que aporta sensibilidades especiales hacia ciertas temáticas, y en la utilización de estrategias orientadas a fines de género.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA Y LECTURAS RECOMENDADAS

ÁVILA, A. (1998). Sobre la construcción objetal de la identidad de género y el concepto de 'Ideal del Yo de Pareja'. En M. L. Rubi (comp.), *Psicoanálisis e identidad de género*. Madrid: Biblioteca Nueva (pp. 107-127).

Este trabajo comenta las teorías psicoanalíticas sobre cómo se desarrolla el sentido de la identidad de género, y cómo se accede a la elección de pareja en la construcción de un Ideal del Yo conjunto.

BERENSTEIN, I. (1990). *Psicoanalizar una familia*. Buenos Aires: Paidós.

El lector encontrará aquí una visión actualizada de la problemática del tratamiento psicoanalítico de familias, con ejemplos clínicos.

Berenstein, I. (Comp.) (2000). *Clinica familiar psicoanalítica. Estructura y acontecimiento*. Buenos Aires: Paidós.

Compilación de trabajos actuales sobre la perspectiva psicoanalítica en relación con aspectos del abordaje clínico de la familia.

BUENO BELLOCH, M. (1985). *Relaciones de pareja: Modelos teóricos de relación*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Obra de referencia sobre los diferentes modelos teóricos que permiten entender e intervenir en las relaciones de pareja.

RUBÍ CID, M. L. (comp.) (1998). *Psicoanálisis e identidad de género*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Compilación de trabajos en que se revisa, primero cómo se ha introducido el concepto de género en el psicoanálisis, y evolucionado la concepción del

papel de la mujer; después se abordan estrategias terapéuticas que tienen en cuenta la perspectiva de género, y las relaciones de pareja.

WILLI, J. (1978). *La pareja humana: Relación y conflicto*. Madrid: Morata.

Obra clásica en la que se teoriza las modalidades de colusión y sus variantes patológicas.

ACTIVIDADES

1. **Comentario del texto siguiente:** Lea atentamente el texto que sigue, tratando de relacionarlo con los conceptos expuestos en el capítulo.

«Se me presentó un joven desesperado porque temía que su mujer le iba a abandonar a causa de su impotencia. En este momento su esposa se hallaba internada en un hospital psiquiátrico, después de haber sido atacada por una parálisis hística de las piernas. Hacía un año que habían contraído matrimonio, no tenían hijos, y con anterioridad a la boda habían convivido 6 meses. Era un ingeniero joven,; era el único varón, de menor edad que sus dos hermanas. Su padre también era ingeniero y durante toda su vida había sufrido perturbaciones de impotencia, por cuya causa su madre le había escarnecido ante los hijos. Por último, cuando el paciente llegaba ya a la pubertad, los padres se divorciaron. Sus dos hermanas también se habían divorciado porque sus maridos habían resultado impotentes y, de ellas, la menor vivía ahora, casada en segundas nupcias, con el primer marido de la hermana mayor. Su madre era una mujer posesiva y dominante. Quería allanarle todas las dificultades para así unirle a ella más estrechamente... cuando ella se bañaba tenía que sentarse a su lado y leerle en voz alta. Hasta la pubertad le examinaba el pene para comprobar su limpieza. A los 8 años le operaron de fimosis sin información previa, le llevó su madre, tuvo miedo de si le querían cortar el miembro y su madre se rio estrepitosamente... La madre le expresó su deseo de que ambos vivieran solos en una isla desierta. El se orinó en la cama hasta los 18 años... Su esposa era de su misma edad, estudiante de Ciencias. La mayor de tres hijas. En la escuela se reían de ella por su enorme corpachón, y en comparación con sus hermanas tenía poco éxito con los hombres. La madre tiranizaba a la familia, su padre tenía poca personalidad y con frecuencia se había puesto a llorar junto a ella. La madre intentaba ridiculizar a su marido ante sus hijas y las enfrentaba a él... Había desarrollado un sen-

timiento deficiente de identidad para su papel femenino, así como también para el papel masculino de su marido. En el matrimonio se comportaba sexualmente de forma caprichosa, siempre deseaba lo contrario que su esposo, le hacía sentirse inseguro en su virilidad y le infundía el temor de que nunca llegaría a comprender a una mujer» (Willi, 1978: *La pareja humana: relación y conflicto*; p. 58 y ss).

Una vez leído el texto, a la luz de la teoría expuesta en el capítulo, coméntese específicamente:

- a) ¿En qué fase del ciclo vital se encuentra esta pareja y cuáles serían las dificultades propias de ella?, ¿cuál sería el tema común de la colusión entre ambos?
- b) ¿Cuál sería el objetivo a lograr en una terapia de pareja desde la perspectiva aquí planteada?

Soluciones:

- a) En la fase inicial o de formación.

La colusión se organiza en torno a la identidad, ambos tienen un problema respecto a su identidad sexual. La elección de pareja de ambos asegura la no resolución del conflicto de cada uno ya que cada uno refuerza el problema que sufre el otro. Cuanto más exigente es la mujer, más impotente es el marido y viceversa, pero el problema es más profundo ya que atañe a la identidad de cada uno y actúa en papeles distintos y complementarios.

- b) Ayudar a cada uno a desarrollar su identidad personal y sexual aceptando la propia y la del otro y ajustando ambas, esto se reflejaría en las somatizaciones de ambos miembros de la pareja (la impotencia de él y la parálisis histérica de ella).

Fomentar el grado de autonomía de cada uno.

Conseguir una relación menos idealizada, más realista y satisfactoria.

2. Lectura y comentario de textos del siguiente trabajo:

RUBÍ CID, M. L. (1998). La feminidad en el psicoanálisis. Una revisión crítica. En M. L. Rubi (comp.), *Psicoanálisis e identidad de género*. Madrid: Biblioteca Nueva (pp. 21-78).

Este texto le permitirá al lector comprender más extensa y detalladamente la evolución de las ideas psicoanalíticas sobre la

psicología del género, y en particular sobre la teoría de la feminidad, tanto las posiciones clásicas freudianas como las diferentes visiones críticas posteriores.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

1. La expresión «Novela familiar» se refiere a:
 - a) La familia imaginaria que el paciente se construye y que explica y justifica su historia emocional.
 - b) El trabajo que hizo Freud con la familia en el Caso Juanito (Pequeño Hans).
 - c) Fue propuesto por James Strachey a raíz de su tratamiento con Freud.
2. La colusión, concepto propuesto por J. Willi (1978) es:
 - a) Los juegos conflictivos conscientes que se dan entre los miembros de una pareja cuando tiene que afrontar un cambio.
 - b) El juego conjunto de una pareja en torno a un conflicto neurótico inconsciente, mutuamente resonante.
 - c) La unión estratégica que una pareja realiza para resolver sus dificultades, y que les lleva a pedir ayuda.
3. La fase de «Familia con hijos en edad escolar» se caracteriza por:
 - a) Que además de la función esposo-esposa hay que desplegar ahora las funciones de padre, madre, hijo, transformándose la relación de pareja en relación familiar.
 - b) Que la pareja se vuelve regresiva, para mantener las idealizaciones mutuas de la fase de enamoramiento.
 - c) Cada miembro de la pareja se vuelca más en sus intereses personales, con mayor apertura a las amistades, disminuyéndose el valor del «Yo común».
4. Por transferencia intrafamiliar es un fenómeno que se refiere a:
 - a) Cuando los fenómenos de transferencia se dirigen inadecuadamente hacia miembros del sistema familiar, implicando transferencia Inter-generacional.
 - b) Cuando se desplazan al terapeuta los modelos de conducta, fantasías, actitudes, etc. establecidos en las primeras relaciones del individuo con los miembros de su familia de origen.
 - c) Identificación Proyectiva entre los miembros de una misma generación.

5. Entre los objetivos de la psicoterapia de pareja están:
 - a)* Que puedan establecer una relación que no sea ni exclusivista ni absorbente, que no agote el universo psicológico de sus miembros y permita que cada uno desarrolle sus áreas personales.
 - b)* Que la pareja logre una colusión satisfactoria.
 - c)* Que puedan utilizarse recíprocamente para obtener satisfacción sexual, sin especiales barreras.
6. Entre las modalidades de la psicoterapia de pareja están:
 - a)* Psicoterapias individuales (consecutiva, concurrente y valorativa), conjunta, y de grupo.
 - b)* Psicoterapia conjunta, concurrente y de grupo.
 - c)* Psicoterapia familiar, psicoterapia sexual.
7. La perspectiva de género en psicoterapia implica
 - a)* El tratamiento y prevención de los malos tratos físicos y psíquicos.
 - b)* Modificar los estereotipos sexuales, roles sexuales, la identidad sexual y la identidad de género.
 - c)* Un enfoque relacional según el cual sólo pueden comprenderse las experiencias subjetivas y vinculares de hombres y mujeres si se analizan recíprocamente en función unas de otras.

RESPUESTAS CORRECTAS

1. *a)* 2. *b)* 3. *c)* 4. *a)* 5. *a)* 6. *a)* 7. *c)*

Capítulo 14

La investigación en psicoterapia psicoanalítica

*Alejandro Ávila Espada, Mercè Mitjavila García
y Gerardo Gutiérrez Sánchez*

Guión-Esquema

Objetivos

1. Introducción: La investigación desde el modelo psicoanalítico. El supuesto tradicional «curar es investigar»
 - 1.1. Problemas derivados del modelo tradicional.
 - 1.2. Todos por el mismo raso
 - 1.3. Sobre la complejidad de «nuestro» objeto de conocimiento
 - 1.4. La subjetividad, ¿se puede objetivar?
2. Líneas y proyectos fundamentales de investigación en psicoterapia psicoanalítica: Una perspectiva histórica
3. La investigación centrada en los resultados
 - 3.1. ¿Es efectiva la psicoterapia?
4. La investigación psicoanalítica centrada en los procesos
 - 4.1. Un giro metodológico: del énfasis en los diseños de grupo al estudio intensivo del caso individual
 - 4.2. Procesos que han merecido especial atención
5. Líneas y tendencias actuales en la investigación en psicoterapia psicoanalítica
 - 5.1. Evolución actual de las líneas de investigación
 - 5.2. Resumen de los hallazgos fundamentales de las investigaciones en psicoterapia psicoanalítica

Resumen y conclusiones

Bibliografía básica y Lecturas recomendadas

Actividades

Ejercicios de autoevaluación

Apéndices

Anexo 1

Palabras clave

Investigación, Psicoanálisis, Psicoterapia Psicoanalítica, Proceso, Resultados, Efectividad.

GUIÓN-ESQUEMA

En este tema vamos a considerar las investigaciones realizadas sobre tratamientos psicoanalíticos y su evolución a lo largo del siglo XX y hasta la actualidad. Prestaremos atención a los proyectos más relevantes que se han llevado a cabo, resumiendo sus objetivos, resultados y aportaciones. Estas investigaciones nos informan acerca de los aspectos beneficiosos del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica, pero también de sus limitaciones y contraindicaciones, según se trate del tratamiento psicoanalítico clásico o las psicoterapias derivadas de éste. Pondremos especial atención a los estudios que intentan describir el proceso del cambio, la inter-determinación terapeuta-paciente y la influencia de ambos en el proceso terapéutico.

Todo ello se enmarca dentro de la peculiaridad del campo del psicoanálisis, en el que ha sido dominante un modelo de investigación clínico, es decir, el estudio de casos a partir de los datos obtenidos dentro de la sesión terapéutica.

El dominio de este método clínico, ha dificultado el desarrollo de la investigación empírico-experimental. Por ello el objetivo de este tema es, precisamente, dar cuenta de que, a pesar de dichas dificultades, ha habido una amplia productividad investigadora dentro del ámbito psicoanalítico, poco reconocida en general, incluso por el mismo colectivo de psicoanalistas.

En primer lugar revisamos el modelo de investigación propio del modelo psicoanalítico y las consecuencias que ha tenido sobre el desarrollo de la investigación en el campo psicoanalítico y la consecuente marginación de la comunidad científica. Se comentan las dificultades en la evaluación de resultados terapéuticos, teniendo en cuenta que no siempre hay coincidencia en definir lo que se considera un «buen resultado» terapéutico.

A continuación se exponen las diferentes etapas históricas, líneas predominantes, y temáticas que merecen mayor atención en la evolución de las investigaciones en este campo. Se revisan los proyectos de compilación de materiales de transcripciones de casos que permiten que, desde los ochenta, se pase a una nueva etapa de la investigación: el conocimiento y análisis de los procesos implicados en el tratamiento, que permiten comprender y explicar tanto el origen de la patología, su manifestación, y su cambio dentro del proceso terapéutico.

El énfasis en demostrar la efectividad del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica ha venido siendo progresivamente sustituido por una amplia variedad de proyectos innovadores, que combinan objetivos de proceso y resultados, ya desde una filosofía multicéntrica y transnacional, que subraya diferencias de estilo cuando se trata de proyectos fundamentalmente europeos o norteamericanos. Proyectos que han aportado ya un buen número de conclusiones que son resumidas en una impresión global: el psicoanálisis y la psi-

coterapia psicoanalítica, adecuadamente conducidos, son procedimientos de intervención efectivos y eficientes para una amplia variedad de problemas y condiciones clínicas.

En la valoración final, se hace mención a los argumentos defendidos desde posiciones psicoanalíticas tradicionales respecto de la inviabilidad de aplicación del método empírico y experimental al ámbito psicoanalítico, ofreciendo alternativas a una polémica que se revela obsoleta y la apuesta por la inclusión de la metodología empírica y experimental en el campo psicoanalítico.

Para la comprensión del tema es importante considerar:

- Las investigaciones no siempre coinciden en sus resultados, aún cuando pretenden estudiar el mismo fenómeno. Esto nos enseña a evaluar sus aportaciones y calibrar la manera como se han obtenido los resultados en cada investigación (si el diseño es adecuado y aplicado rigurosamente) y poder compararlos desde sus diferencias.
- Es importante tener en cuenta que estamos comparando resultados de modelos terapéuticos distintos, que parten de concepciones distintas acerca de la patología y la salud, y de ahí se derivan conceptos distintos de lo que es un buen resultado terapéutico. Esto nos obliga a conocer lo que cada modelo considera como su principal objetivo terapéutico para poder evaluar ponderadamente los resultados y evitar comparaciones simples y poco rigurosas.
- Debemos tener en cuenta la crisis del modelo de ciencia estrictamente positivista, basado exclusivamente en la formulación y verificación de hipótesis mediante el método hipotético-deductivo. Esta crisis dió paso a un enfoque más cualitativo y por lo tanto, más idóneo para investigar fenómenos humanos, ya que permite incluir como objeto de estudio la subjetividad y las relaciones humanas. Tiende a ser más descriptivo, explicativo y comprensivo que demostrativo o probatorio. Este enfoque es el predominante en los estudios de proceso. Ambos paradigmas y enfoques deben coexistir en el ámbito de la investigación en psicoterapia.

OBJETIVOS

Al finalizar el estudio de este capítulo, el lector/a debería ser capaz de:

1. Conocer los proyectos de investigación más relevantes en el ámbito psicoanalítico.
2. Diferenciar los estudios de resultados y estudios de proceso.
3. Identificar la diversidad de temáticas tratadas en los proyectos de investigación.
4. Explicar el supuesto freudiano de «curar es igual a investigar» y las consecuencias en el campo de la investigación psicoanalítica.
5. Conocer los beneficios, demostrados mediante los estudios presentados, que el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica pueden aportar a los pacientes.
6. Conocer las limitaciones y contraindicaciones del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica, demostradas mediante los estudios presentados.

1. INTRODUCCIÓN: LA INVESTIGACIÓN DESDE EL MODELO PSICOANALÍTICO. EL SUPUESTO TRADICIONAL «CURAR ES INVESTIGAR»

El colectivo psicoanalítico, tan identificado con la actividad clínica, se ha adscrito a un determinado modelo de investigación y ha sido reticente en adoptar el modelo de investigación empirico-experimental aceptado consensuadamente por toda la comunidad científica, incluida la psicológica. Ciertamente algunos psicoanalistas respondieron al reto de la investigación empírica y experimental, pero debemos admitir que este empeño no es representativo del sentir y del espíritu dominante entre los psicoanalistas. ¿Cuál ha sido pues el modelo elegido por el psicoanálisis? La respuesta es: el modelo clínico y, más concretamente, considerar el contexto terapéutico (la sesión), como lugar donde coexiste la acción terapéutica y la investigación (Green, 1996).

Freud sentenció la unión indisoluble entre curar e investigar. Efectivamente según Freud, la cura psicoanalítica se produce a partir del conocimiento del paciente o, para ser más precisos, se produce al investigar y explicitar los contenidos inconscientes; por lo tanto curar y conocer o investigar son indisolubles (Freud, 1926). Al conocer o investigar en el inconsciente del paciente, obtenemos conocimientos del funcionamiento del inconsciente, de la patología... etc. que serán útiles para la cura de aquel paciente y al mismo tiempo ampliarán el conocimiento de la disciplina.

Tales premisas son innegables, el contexto de la práctica aplicada, clínico-terapéutica en nuestro caso, genera conocimientos y sirve también para comprobar hipótesis, pero hemos de añadir que, aún siendo cierto, es insuficiente. Cuando «investigamos» al paciente dentro de la sesión, todos los conocimientos del terapeuta están al servicio de comprender a este paciente en particular. Cuando investigamos fuera de la sesión todos los conocimientos obtenidos a partir de la diversidad de pacientes trata-

dos, están al servicio de aumentar el *corpus* de conocimientos de la disciplina. Son objetivos distintos y actitudes distintas frente al paciente y frente al conocimiento (Thomä y Kächele, 1989; Wallerstein, 1994; Jiménez, 2000; Mitjavila y Poch, 2001).

Una de las críticas frontales que se ha hecho (Grünbaum, 1982, 1993) al modelo restringido de investigación psicoanalítica ha sido el hecho de convertir la práctica clínica como terreno único tanto de la acción terapéutica aplicada como de la investigación.

Se nos ha señalado repetidamente que el contexto de la validación ha de ser distinto del contexto de la aplicación práctica, pero esta versión no ha sido asumida mayoritariamente por el colectivo de profesionales psicoanalíticos que siguen esgrimiendo el principio freudiano de la *unidad curar-investigar*. Algunos críticos con esta posición han señalado que, la práctica clínica en psicoanálisis no se deduce directamente de la teoría, y han dado diversos argumentos que Fonagy (1998) recoge:

- Una misma teoría puede generar técnicas diversas y una misma técnica se puede justificar desde modelos teóricos distintos.
- La naturaleza de la «acción terapéutica» en psicoanálisis es un tema abierto a debate y no disponemos de una explicación teórica definitiva.
- El desfase entre avances teóricos y avances en la práctica, es decir, que la inmensa productividad y desarrollo en el campo de los modelos teóricos sobrepasa en gran medida los avances técnicos.
- La teoría psicoanalítica tiene menos afiliación con la práctica terapéutica psicoanalítica de lo que se supone.

Con estos argumentos coincide también Jiménez (2000) cuando se refiere a la «idealización de la práctica» para explicar la tan supuesta —y no demostrada— afiliación de la teoría a la práctica. Estos, entre otros argumentos, se esgrimen para desmitificar el tópico, tradicionalmente aceptado, de la correspondencia entre práctica y teoría en el ámbito psicoanalítico.

Los clínicos tienden a estar muy convencidos de las evidencias obtenidas mediante la práctica y, desde luego, son evidencias que tienen un valor nada despreciable, pero insuficiente. Tales evidencias han de pasar un nuevo control que será someterlas a la investigación, lo cual significa, convertir la evidencia en hipótesis y tratar de verificarla mediante la investigación (Wallerstein, 1994; Fonagy, 1998; Jiménez, 2000).

1.1. Problemas derivados del modelo tradicional

A pesar de la reticencia de los clínicos, en general, en aceptar los métodos y el lenguaje de la investigación empírico-experimental, los modelos conductuales y cognitivos nacieron ya adscritos al modelo de ciencia positivista, lo cual les ha supuesto la aceptación por parte de la comunidad académica y científica en general.

La opción psicoanalítica ha sufrido un rechazo por parte de las instituciones académicas, eso sin negar que se ha tratado de un rechazo mutuo, y uno de los argumentos académicos contra el psicoanálisis, ha sido su falta de validación empírica. Siempre ha habido distancia y conflicto entre las instituciones universitarias y las instituciones psicoanalíticas, salvando unas pocas excepciones. En esta polémica no son ajenas las cuestiones de poder y no se trata, por lo tanto, sólo de desacuerdos epistemológicos acerca de lo que es o no es ciencia.

Aunque la universidad no fuera un campo propicio al psicoanálisis y a los psicoanalistas, éstos tenían el territorio de la práctica clínica pública y privada, en el cual el despliegue del modelo psicoanalítico fue dominante durante décadas e incluso sigue siendo prevalente en bastantes países (Orlinsky et al., 1999a, 1999b; Ávila et al., 2000). Pero este territorio se ha visto reducido, desde el último tercio del siglo pasado, con la aparición de otros modelos psicoterapéuticos, por un lado, y por el avance de la farmacología y la psiquiatría biológica por otro.

Pero no sólo estas nuevas ofertas terapéuticas han estrechado el campo de acción del psicoanálisis y sus modelos derivados, ha sido también la definitiva imposición del modelo científico experimental como máximo garante del conocimiento junto con el reto de la eficacia y eficiencia a la hora de implantar y financiar dispositivos terapéuticos en la asistencia pública, lo que ha debilitado la presencia del modelo psicoanalítico.

Cuando se trata de invertir el dinero, sobre todo el dinero público, la administración debe garantizar una inversión racional (Newman y Tejeda, 1996; Barlow, 1996). En principio la administración pública no entiende de teorías pero sí debe considerar los resultados y estos van a marcar las pautas. Aquí se entrelazan cuestiones pragmáticas, económicas, científicas e ideológicas. Evaluar resultados no está exento de todas estas implicaciones. Ciertamente cada modelo psicoterapéutico tiene su propia definición de patología y salud y de esta concepción derivará, consecuentemente, lo que se entienda por buen resultado terapéutico o cambio producido por la intervención terapéutica o curación, dicho en términos clásicos.

Consideramos que no es lo mismo abordar psicoterapéuticamente una demanda presentada como un síntoma y evaluar el resultado de la intervención psicoterapéutica, que abordar y evaluar el resultado, cuando la demanda se plantea como un conflicto, sea un conflicto del paciente consigo mismo o con sus allegados o con la realidad que le toca vivir. Se trata de entidades con distinto grado de complejidad.

¿Qué criterios prevalecen a la hora de considerar los resultados? Pues ciertamente los criterios puramente clínicos o sea lo sintomatológico. Estaremos de acuerdo que lo sintomatológico es lo más fácilmente objetivable y por lo tanto puede ser un punto de llegada para cualquier modelo psicoterapéutico y un punto de encuentro de todos ellos.

1.2. Todos por el mismo rasero

Reducir los objetivos o resultados terapéuticos a lo puramente sintomático, encaja perfectamente con el modelo de la psiquiatría biologista, con el modelo DSM y, hasta cierto punto, con el modelo cognitivo-conductual, a pesar de que éste va más allá en la definición de resultados. Donde no encajan dichos objetivos es, precisamente, con el modelo psicoanalítico. El psicoanálisis tiene, como es bien sabido, su propia conceptualización de la patología y de la salud y los objetivos terapéuticos que se desprenden de tal conceptualización no contemplan la resolución del síntoma como el punto de llegada de la terapia. Se considera, claro está, la resolución del síntoma como formando parte del éxito terapéutico, pero será la toma de conciencia de los contenidos conflictivos, el reconocimiento de los patrones de funcionamiento implícito o inconsciente, el aumento del *insight*, lo que constituye el buen resultado terapéutico. La mejoría o eliminación del síntoma se valora sólo en función de que sea una consecuencia de la mejor integración personal, producto de la elaboración y toma de conciencia de lo regresivo-conflictivo.

¿Cómo vamos a medir el resultado de la terapia psicoanalítica con una medida que no es coherente con lo que pretende evaluar? O el modelo psicoanalítico renuncia a lo que es, por antonomasia, su definición de «cura» derivada de la resolución de los conflictos inconscientes, lo cual sería lo mismo que renunciar a su propia esencia, o se trata de incluir en las evaluaciones de resultados los parámetros derivados y coherentes con el modelo psicoanalítico (Grande, T. et al. 2003). ¿Cuáles serían estos parámetros? Para enumerar alguno de ellos: aumento del insight, renuncia a las gratificaciones regresivas, asumir la propia autonomía, limitaciones y condición adulta, capacidad para elaborar las pérdidas y afrontar los cambios, establecimiento de vínculos y relaciones personales según un

patrón maduro... se trata de poder operativizar estos parámetros para convertirlos en variables susceptibles de ser evaluadas o medidas.

El proceso para conseguir que nuestros parámetros de evaluación de resultados sean aceptados pasa por la validación mediante los procedimientos de investigación establecidos y consensuados por la comunidad científica, o sea, demostrar mediante los diseños empírico-experimentales o cualitativos, que la obtención de tales objetivos terapéuticos (*insight*, toma de conciencia, autonomía, elaboración... etc.) correlaciona o corresponde a una mejor cualidad de vida, bienestar y rendimiento general del paciente. La capacidad para introducirlos pasa también por ocupar un lugar en los puestos de decisión de la política sanitaria.

¿Hacia dónde vamos? Predomina la tendencia a aceptar como criterio lo que se ha dado en denominar *Tratamientos Empíricamente Validados*, (E.V.T.: Empirically Validated Treatments) promocionado por la A.P.A. (American Psychological Association), que ha desarrollado un listado de modelos de intervención psicoterapéutica cuya eficacia y eficiencia ha quedado demostrada mediante estudios rigurosos de resultados. Ahí ha empezado una vez más la competición entre las distintas escuelas. Viene a ser una nueva edición de la anterior *guerra de modelos* que se produjo a partir de los años 50 del pasado siglo, inaugurado por el tan famoso, y también rebatido, estudio de Eysenck (1952) que comentaremos más adelante.

La nueva formula de *tratamientos empíricamente validados* no es en si misma rechazable, si no fuera por lo que esconde de imposición y marginación de unos modelos frente a otros, es decir, no se trata de una fórmula científicamente pura sino, de nuevo, saturada de lastres ideológicos y batallas recurrentes. Se ha dado respuesta a tal planteamiento (Henry, 1998; Kächele y Strauss, 2000) delatando su estrategia implícita y ofreciendo alternativas (Lamprapoulos, 2000). Con todo no estamos abogando por la ausencia de validación empírico-experimental, al contrario, abogamos por la inclusión de tal tipo de validación dentro del campo del psicoanálisis y de las terapias psicoanalíticas, siempre y cuando las reglas de juego puedan ser compartidas por todos los participantes.

En las dos últimas décadas se ha producido un significativo movimiento dentro de la *International Psychoanalytical Association* (I.P.A.), que ha activado sobremanera el debate entorno a utilizar con el psicoanálisis los modelos de investigación considerados tradicionalmente como no-psicoanalíticos; es decir, las modalidades empírica y experimental.

La crisis del modelo psicoanalítico ortodoxo (divan, 4 ó 5 sesiones semanales, larga duración del proceso, neutralidad estricta, trabajo cen-

trado esencialmente en la transferencia....) ha supuesto un saludable cuestionamiento del *qué somos y a dónde vamos*. Las presiones derivadas del tipo de demanda social y de las entidades, públicas o privadas que contratan y financian servicios psicoterapéuticos, ha obligado a un replanteamiento.

Sea por evolución interna del propio colectivo o sea por las presiones externas, bienvenidos sean los cambios. Desde 1980 la I.P.A. (*International Psychoanalytical Association*) está propiciando decididamente proyectos de investigación de tipo empírico sobre psicoanálisis y terapia psicoanalítica. En el Congreso internacional celebrado en Barcelona el año 97 se creó el *Research Advisory Board*, órgano que, a partir de entonces, gestiona la política de investigación, evaluación y selección de los proyectos que serán financiados (Wallerstein et al., 1999; Fonagy, 1999, 2002).

Numerosos investigadores concurrieron a esas primeras convocatorias, y los temas en los que hubo más aportaciones de proyectos fueron por este orden: evaluación de resultados, desarrollo (ámbito evolutivo) y estudios de proceso. Esto demuestra, una vez más, que es posible la convivencia entre metodologías clínicas y empírico-experimentales dentro del psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica y que, lejos de interferirse o desbancarse, pueden potenciarse.

Concluimos esta introducción revisando los tópicos que se han esgrimido tradicionalmente desde el psicoanálisis para rechazar la investigación empírica y experimental y trataremos de plantear algunas contraargumentaciones.

1.3. Sobre la complejidad de «nuestro» objeto de conocimiento

Con frecuencia se alude a la «complejidad» de nuestro objeto de conocimiento: realidad interna, inconsciente, subjetividad, persona, relaciones interpersonales... etc. argumentando que estas entidades no pueden someterse a diseños empírico-experimentales, ni transformarse en lenguaje estadístico, sin desvirtuar su misma esencia. Tal afirmación es verdad, a la vez que es discutible.

Efectivamente, es verdad, en la medida que cualquier estudio implica una cierta manipulación y la consiguiente desvirtuación del objeto o fenómeno estudiado. Tal manipulación significa transformar los datos de la realidad para que puedan ser tratados, sea mediante descripción, explicación, registro, medida... etc. El enfoque clínico, sea la propia práctica terapéutica o la investigación puramente clínica de estudio de casos, no

escapa a tal servidumbre. Siempre estamos transformando (o manipulando) los datos de cualquier objeto o fenómeno que deseemos estudiar, explicar, comprender o, incluso, simplemente observar. Cualquiera de estas aproximaciones las hacemos indefectiblemente a través de nuestros propios filtros, sean estos metodológicos, instrumentales, teóricos o ideológicos. Cuando anotamos una entrevista o una sesión terapéutica ya estamos haciendo una transformación y selección de los datos originales. Hay diversos grados y maneras de transformar, elaborar, manipular los datos procedentes del objeto inicial de estudio, pero todos y siempre, estamos transformando. El grado y manera de transformar dependerá, se justificará y ha de ser coherente con el tipo de estudio: objetivo, diseño y sujetos (según sea un caso único o una muestra amplia).

Una mayor transformación o manipulación, en principio, supone un mayor refinamiento del proceso de estudio. Utilizar un parámetro o fórmula estadística obliga a emplear datos numéricos, con lo cual hemos cambiado el fenómeno inicial en números y cantidades, no obstante, la aplicación de tal fórmula estadística, nos dará un resultado más afinado y fiable que si pretendemos hacerlo de forma intuitiva o según la pura impresión directa. En general los clínicos sienten una especie de aversión natural hacia lo cuantitativo y les cuesta aceptarlo como una modalidad explicativa, o como un lenguaje: los números explican, aunque en otro lenguaje, lo mismo que explican las palabras.

La complejidad debe simplificarse o reducirse a variables o datos simples, para que podamos conocerla y estudiarla. La complejidad no es una condición exclusiva del objeto o sujeto de estudio de la psicología o del mismo psicoanálisis; en principio cualquier realidad u objeto de estudio sea físico, humano, social... es complejo. Se trata de poder simplificar, operativizar, objetivar lo inasequible de la realidad (Kernberg, 1995).

1.4. La subjetividad, ¿se puede objetivar?

Topamos siempre con el mismo planteamiento, «lo nuestro» es la subjetividad, la experiencia personal y eso no podemos conocerlo o captarlo si no es desde otra subjetividad. Estamos de acuerdo, pero una cosa es captar, empatizar, sentir... y otra es estudiar o explicar el hecho subjetivo. Insistimos que para estudiar o investigar deberemos, imprescindiblemente, transformar. Respecto de la realidad subjetiva el primer paso exigido en tal transformación es tratar de objetivarlo ¿y eso es posible?, evidentemente sí. Si queremos saber qué siente, qué imagina, qué desea, qué teme, qué piensa... tal sujeto, ante tal situación, no tenemos otro camino que preguntarle. La respuesta verbal (o escrita) será la

manera de objetivar lo que siente, piensa o imagina, no tenemos, ni como investigadores ni como terapeutas otro camino de acceso a la subjetividad que no sea el relato del propio sujeto, ni otro testimonio que no sea él mismo. A partir de ahí podremos tratar estos primeros datos describiendo, explicando, interpretando o cuantificando. Podemos, ciertamente, explicar o interpretar, sin preguntar, pero estamos incrementando el riesgo de error. A mayor inferencia, más capacidad explicativa pero menos fiabilidad.

Asumimos que la subjetividad sea objetivable pero ¿y los fenómenos inconscientes? Si tales fenómenos no fueran objetivables, en directo o diferido, tampoco habría disciplina o ciencia psicoanalítica. Nos dice el psicoanálisis que los síntomas, sueños, actos fallidos, la transferencia y las resistencias, son evidencias diferidas de contenidos y funcionamientos inconscientes, por lo tanto, nos está diciendo que los fenómenos inconscientes se nos evidencian u objetivizan mediante tales fenómenos observables.

Shulman (1990) nos mostró como temas propiamente psicoanalíticos, pueden abordarse con metodología experimental. Recoge diversos estudios, algunos llevados a cabo como experimentos de laboratorio y todos ellos efectuados fuera del contexto clínico con un riguroso control de variables.

Asimismo se han operativizado, elaborando instrumentos sistematizados para su evaluación, bastantes conceptos psicoanalíticos: la transferencia (Luborsky, 1995), proceso analítico (Vaughan, 1997), los criterios y condiciones del paciente para la indicación de tratamiento psicoanalítico (Jorgensen, 2000), (Baumann et al. 2001), estructura y funcionamiento de la personalidad según parámetros kleinianos (Aguilar et al., 1998), (Grande, T. et al. 2003) etc. Por lo tanto, no son los objetos de estudio del psicoanálisis lo que es «resistente» a ser operativizado y abordable con métodos empírico-experimentales es más bien la tradición o «cultura» del colectivo psicoanalítico de donde salen las reticencias a tales enfoques (Kernberg, 1995); (Tuckett, 1998); (Schachter and Luborsky, 1998).

La convivencia entre abordajes o métodos de investigación distintos es perfectamente posible. Sostenemos que en el ámbito psicoanalítico caben estudios de procesos básicos y estudios aplicados y, asimismo, pueden coexistir enfoques teóricos, clínicos, empíricos, experimentales y cualitativos.

Se trata de dar respuesta a las exigencias sociales y científicas que retan al modelo psicoanalítico a dejarse evaluar según los parámetros

comunes y consensuados. Se trata de aportar también lo propio y específico de este modelo a la práctica y la investigación para que este sujeto-síntoma, plano, unidimensional, propio de la investigación experimental más rigurosa, se convierta en un sujeto más complejo y más humano.

2. LÍNEAS Y PROYECTOS FUNDAMENTALES DE INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA: UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA

La psicoterapia contemporánea surgió con Breuer y Freud a finales del siglo XIX, y se difunde mediante la práctica psicoanalítica durante la primera mitad del siglo XX. Surgida como una opción de comprensión y cambio terapéutico de la subjetividad a través de medios psicológicos, la psicoterapia se extiende como una práctica fundamentalmente médica hasta que algunos psicólogos a principios de los años 40, muestran un decidido interés por este ámbito. Fue en 1942 que un disidente precoz de la formación psicoanalítica, Carl Rogers, publicó *Counseling and psychotherapy*, abriendo un escenario de debate teórico, que llegará dos décadas más tarde a plantear como objeto de la investigación el elemento más característico de la psicoterapia: la relación terapéutica.

Resumiendo las principales etapas, durante el primer tercio del siglo XX se articuló y difundió el modelo psicoanalítico —en un sentido amplio— como eje de los nuevos tratamientos psicológicos. A principios de los años cincuenta existía ya una sensibilidad suficiente hacia la necesidad de demostrar o refutar el valor de estos nuevos tratamientos, lo que abrió un escenario de estudios y debates que intentaron arrojar evidencias en pro y en contra. En la década siguiente se empezó a estudiar los «factores» o «ingredientes» de la psicoterapia, lo que se combinó con una gran variedad de estudios centrados en los resultados de los diferentes tratamientos, que culminaron a finales de los setenta en los estudios de meta-análisis, momento en que ya se había reconocido la importancia de conocer en profundidad los procesos que intervienen en la psicoterapia y que en las tres últimas décadas ha supuesto un constante progreso articulado de estudios de proceso y resultados. Se considera que hay tres proyectos clave en la primera etapa de la historia de la investigación de la psicoterapia psicoanalítica: El Proyecto *Menninger*, el Proyecto *Penn* y el Proyecto de la Psicoterapia Breve de la *Clínica Tavistock*. Estos y otros llevados a cabo durante el periodo comprendido entre 1910 y hasta los años 70 aproximadamente, son reseñados a continuación (véase *Apéndice 1*). En un apartado posterior trataremos los desarrollos a partir de los 70 y hasta la actualidad.

3. LA INVESTIGACIÓN CENTRADA EN LOS RESULTADOS

La *investigación de resultados* puede entenderse, en sentido genérico, como el intento de comprobar el supuesto clínico de que la psicoterapia es útil a los pacientes y que los procedimientos terapéuticos son más o menos efectivos y que pueden compararse entre sí en función de su efectividad.

Hemos de tener en cuenta una distinción temática y metodológica: La que hay entre la *investigación de los resultados de la psicoterapia* y la *evaluación de los resultados de la psicoterapia*. La *investigación de los resultados de tratamiento* implica la realización de estudios con pacientes reales (excepcionalmente con análogos) a los que se somete a tratamiento, efectuando las comparaciones y medidas según las exigencias del diseño experimental utilizado, y centrando el análisis de resultados en la valoración de los efectos de los tratamientos. La *evaluación de los resultados de tratamiento* implica identificar, valorar y predecir la utilidad, eficacia y efectos de los tratamientos psicológicos. En la investigación evaluativa se utilizan como datos las características y resultados de los estudios de tratamiento ya realizados, sometiéndolos a evaluación, con el fin de extraer conclusiones generales acerca de la eficacia y efectividad de los tratamientos, y —cuando es posible— de los tratamientos entre sí.

Si bien los primeros estudios se inician ya en la primera mitad del siglo pasado, es evidente que el provocador estudio de Eysenck (1952) marcó un antes y un después, e incentivó, en gran medida, la puesta en marcha de estudios que, contraponiéndose a las conclusiones de éste, intentaban salvar la supuesta eficacia de las psicoterapias.

La argumentación de Eysenck contra la supuesta ineficacia de la psicoterapia (principalmente psicoanalítica) concluye con la recomendación que «los psicólogos no deben entrenarse en una actividad (la psicoterapia) de tan dudosa validez»; afortunadamente para el desarrollo de la psicoterapia, los psicólogos desoyeron tal consejo.

Esta polémica se considera clausurada desde las aportaciones de Smith, Glass y Miller (1980) cuyo amplio estudio ha sido un punto de referencia obligado y foco de atención y críticas. Este meta-análisis se realizó sobre 475 estudios, incluyendo miles de pacientes. Los resultados apuntan a que la psicoterapia es efectiva y formulan cuatro conclusiones:

- La psicoterapia es consistentemente beneficiosa en sus diferentes modalidades.
- Los diferentes tipos de psicoterapias (conductuales, psicoanalíticas, centradas en el cliente, etc.) no producen beneficios claramente diferenciables.

- Las diferentes modalidades de realización de la psicoterapia (individual, en grupo, larga o corta duración, llevada a cabo por terapeutas expertos o novatos...) producen muy pocas diferencias en cuanto a los beneficios.
- La psicoterapia es casi tan efectiva como la farmacología en el tratamiento de los trastornos psicológicos más graves. Cuando se combinan ambas formas de tratamiento los beneficios netos son menores que la suma de los beneficios considerados separadamente.

Pero **¿es efectiva la psicoterapia?** Pocas temáticas relacionadas con la psicoterapia han generado tanto debate como la de su efectividad. En torno a la cuestión de *efectividad* se han articulado muchas preguntas de signo diverso. Consideremos algunas de ellas:

- ¿Qué *efectos* (positivos y negativos) produce la psicoterapia?
- ¿Es *efectiva* la psicoterapia respecto de los *criterios* que fija el clínico tras la evaluación de la demanda?
- ¿Es *efectiva* la psicoterapia respecto de la *auto-evaluación subjetiva* que hace el sujeto sometido a ella?
- Entre las distintas modalidades o enfoques de la psicoterapia, ¿cuál es *más efectiva en términos generales*?
- ¿Qué modalidad o enfoque de la psicoterapia es *más efectiva para determinadas clases de problemas*, según los criterios de cambio, objetivos y subjetivos?
- ¿Qué *técnicas* —según las diferentes modalidades— son específicamente *más activas* en la producción de determinados resultados terapéuticos?

Los efectos de un tratamiento pueden ser medidos según diferentes criterios y procedimientos:

- Reducción de síntomas.
- Ajuste al hogar, familia, entorno laboral o de estudios, la comunidad, etc.
- Incrementos en la felicidad subjetiva auto-informada.
- Evaluaciones de mejoría realizadas por pares (amigos, compañeros).
- Mejoras en el bienestar físico y la salud en general.

Que un tratamiento se considere efectivo depende en gran parte de las medidas específicas que se establezcan, dado que es muy difícil definir el nivel o *grado* de cambio que es necesario que se dé para que se considere

efectivo un tratamiento. Tanto los síntomas como el ajuste son cuestión de grado.

En general, se han dado grandes pasos en la evaluación de la psicoterapia. La cuestión genérica «¿Cómo actúa la terapia?» ha venido a ser sustituida, en la conocida expresión de Paul (1967) que pregunta: «*Qué tratamiento, por quién, es más efectivo para este individuo con este problema, bajo qué conjunto de circunstancias*».

4. LA INVESTIGACIÓN PSICOANALÍTICA CENTRADA EN LOS PROCESOS

4.1. Un giro metodológico: del énfasis en los diseños de grupo al estudio intensivo del caso individual

Tras más de tres décadas de investigaciones empíricas centradas en los resultados de la psicoterapia, el centro de atención pasó a ser el estudio de los procesos que se ponen en marcha dentro de los tratamientos, y en consecuencia el objeto de estudio pasa a ser principalmente el contenido de las sesiones, y el método el análisis de contenido de los registros de casos, bien mediante sistemas de categorización racional del contenido, bien mediante herramientas de computación. El sujeto en tratamiento y su interacción significativa con el terapeuta, es ahora el centro de interés.

Esta inclusión del subjetivismo y su contexto en el estudio de la psicoterapia ha permitido interesantes y renovadores logros (Rice y Greenberg, 1984), que vienen a constituir una sólida base para un fundamento científico de la psicoterapia. Horowitz (1982) ha señalado que los investigadores de la psicoterapia habían sido forzados históricamente a constituirse en meros validadores empíricos, y a dejar de lado los *paradigmas relacionales y descriptivos*, que son sin embargo, los que mejor se adecuan a la investigación en psicoterapia. Complementariamente, la investigación descriptiva se realiza mediante observaciones *intensivas* de fenómenos, desarrollando sistemas de codificación y clasificación.

Tal como señalaron Orlinsky y Howard (1978), en la investigación en psicoterapia nos encontrábamos en un estado pre-paradigmático de desarrollo, sin un único paradigma, ni teoría común, ni conjunto compartido de fenómenos, ni lenguaje descriptivo común y, por supuesto, con objetivos diferentes. El énfasis en la observación natural de los fenómenos del tratamiento, tal como se dan, en toda su complejidad multidimensional, es la base de la aproximación científica a la psicoterapia. Uno de los

focos de interés principal es la observación de los mecanismos del cambio, que implica también estudiar los mecanismos de formación de síntomas y de la patología, así como los cambios efectivamente dados en el paciente, los fenómenos del terapeuta y de sus intervenciones asociados a esos cambios; a través de estas vías podemos identificar los *microprocesos* que dirigen el cambio. Esta identificación es posible mediante la observación *in situ*, que contrastada con modelos hace posible la inferencia de qué mecanismos internos puedan estar operando en el cambio. Las investigaciones y modelos de la psicología cognitiva y del psicoanálisis han aportado cierta comprensión sobre algunos de los *procesos* y *operaciones mentales* actuantes. El desarrollo de sistemas de codificación de complejidad variable, para categorizar los diferentes tipos de fenómenos que se dan en la psicoterapia, es un paso de primer orden para *transformar la psicoterapia en una ciencia descriptiva*.

Este tipo de planteamientos requieren de la investigación intensiva (en cuanto a los procesos observados) y extensiva (en el seguimiento en el tiempo) del caso individual. La historia del estudio del caso individual es clave para el desarrollo del psicoanálisis, ya desde los casos incluidos por Freud en sus trabajos (v. g. Dora, Hombre de las Ratas, Hombre de los Lobos, entre otros); no obstante ha sido complejo avanzar en su compilación y sólo recientemente se ha logrado contar con casos adecuadamente registrados, accesibles a la investigación desde diferentes paradigmas y con una variedad de instrumentos. En el *Apéndice 2* se recoge una selección de los casos registrados y publicados, donde puede observarse como hasta los años setenta no se consigue disponer de casos registrados magnetofónicamente, los cuales, tras ser adecuadamente transcritos, quedan a disposición de numerosos investigadores, permitiendo que se aborde una amplia variedad de objetos de estudio.

Así, si contamos con herramientas de investigación adecuadas, y disponemos de registros de casos tratados, accedemos al estudio de los procesos. La manera de llevarlo a cabo es usar sistemas de categorización, que intentan «atrapar» los componentes de los procesos, bien a nivel «micro», como fenómenos característicos que se consideran «claves» en la investigación de los mecanismos de cambio (p. ej., los episodios de transferencia, evaluados indirectamente a través del Tema Central de Conflicto en la Relación [CCRT]), bien porque nos permita detectar las dimensiones que organizan la evolución del proceso terapéutico en su conjunto (p. ej., los ciclos y evolución de dimensiones que se pueden estudiar en todo el proceso, como la Alianza Terapéutica).

4.2. Procesos que han merecido especial atención

En el *Apéndice 3* se recogen algunos de los niveles de análisis y fenómenos que son objeto de especial atención en la investigación de los tratamientos psicodinámicos. Consideraremos en primer lugar los procedimientos para estudiar el proceso terapéutico en su conjunto, a través de sus dimensiones y ciclos.

PQS- Distribución Q para detectar las dimensiones del Proceso terapéutico: Este abordaje adopta una propuesta psicométrica innovadora para la medición del proceso terapéutico que permite distinguir entre los resultados exitosos y los no exitosos en los tratamientos psicoanalíticos y psicodinámicos. Más recientemente, el método ha sido utilizado exitosamente para identificar los patrones repetitivos en la relación terapéutica.

Otra opción está representada por la **Teoría del Código Múltiple y del Ciclo de la Actividad Referencial:** Esta línea de trabajo muestra que un proceso terapéutico exitoso sigue un patrón cíclico predecible a lo largo del curso de todo el análisis y de cada una de sus sesiones. Este método estuvo precedido por un modelo computacional de detección de ciclos en el proceso terapéutico, en base a dimensiones de Emoción y Abstracción (E. Merghentaler, 1996). W. Bucci (1993, 1997a, 1997b) va más allá de este modelo proponiendo la teoría de los códigos múltiples, que deriva de las ciencias cognitivas, denota las conexiones entre los sistemas verbales y no verbales tal como se establecen en el curso de un psicoanálisis. Y más recientemente, ha informado sobre el uso de métodos computarizados de evaluación de transcripciones de sesiones.

A la par que en el estudio holístico del proceso terapéutico, se ha avanzado en el estudio de sus subprocesos componentes, entre los que destacamos: FRAMES, CCRT, MMRR, y la teoría del Control-Dominio que permite detectar un Plan Inconsciente de Curación.

FRAMES: Esta línea de trabajo tiene sus raíces en la teoría de las emociones. Lo que se denomina FRAMES (marcos) son modelos de comprensión de las estructuras mentales (Dahl y Teller, 1994). Los FRAMES tienen la capacidad de ser instrumentos adecuados para transmitir las predicciones clínicas y los modelos de cambio en los pacientes a lo largo del proceso clínico. Este método aporta un constructo de sistematización innovador pero, hasta ahora, su aplicación ha estado limitada a un escaso material clínico, lo que no le quita su valor de línea prometedora de investigación.

CCRT- Tema Central de Conflicto Relacional: El CCRT aporta la metodología que ha tenido más impacto para descifrar el patrón relacional central

del paciente a partir del material clínico. La transferencia del paciente es, en general, inferida a partir del material de las sesiones y codificada en términos de una tipología estandarizada que la identifica como (a) deseos, (b) anticipación de las respuestas del otro, (c) respuesta propias. El CCRT tiene una fiabilidad y validez adecuadas y ha sido ampliamente usado para explorar los patrones de relación que se dan en contextos que trascienden la relación terapéutica. Se han descritos aplicaciones a las narrativas referidas a los sueños y a las experiencias vividas durante la infancia.

MMRR- Modelos desajustados de Relaciones de Rol: Los modelos de relación de roles también provienen de las ciencias cognitivas y de los modelos de procesamiento de la información. Horowitz (1995 a,b,c) y su grupo han teorizado estos modelos como esquemas intrapersonales que contribuyen a elaborar formulaciones para facilitar el estudio de la personalidad y los trastornos de personalidad. El aspecto más destacable de este enfoque es que establece una conexión sólida entre el psicoanálisis y los diagnósticos psiquiátricos.

La teoría del Control-Dominio y el Plan Inconsciente de Curación: Weiss, Sampson (1986), y el Grupo de investigación del Mount Zion proponen una formulación alternativa sobre la forma en que transcurre el proceso terapéutico en el marco de un psicoanálisis o psicoterapia. El postulado es que las creencias interpersonales patológicas del paciente son sistemática, aunque inconscientemente, puestas a prueba por éste en la relación con el terapeuta. Un ejemplo sería que el paciente aporta nuevo material (ideas, sentimientos, temores...), no en función de que se haya levantado la represión (esto sería el supuesto clásico), sino más bien por la experiencia de seguridad que le brinda el terapeuta para poder testar sus presunciones patológicas. Según las expectativas del paciente, el terapeuta saldrá airoso o no de la prueba según sea su reacción o respuesta. Todo ello se estudia a través del análisis de las transcripciones textuales de sesiones de acuerdo a un sistema de codificación del proceso diseñado para esta finalidad. Otros modelos están expuestos en Dahl, Kächele y Thomä, 1989; Poch y Ávila, 1998).

5. LÍNEAS Y TENDENCIAS ACTUALES EN LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

Los terapeutas de orientación analítica han incidido en el estudio de las estructuras patógenas repetitivas, tomando las *estructuras psíquicas en conflicto* como objeto de estudio. Ello se ha traducido en dos orientacio-

nes principales en torno a las que se agrupan los investigadores de la psicoterapia de orientación psicoanalítica:

- a) En Norteamérica e Inglaterra ha predominado el interés por el análisis de las estructuras psicodinámicas. Los investigadores anglo-americanos han convergido en formular teorías acerca de las características esenciales de las estructuras típicas que generan o sostienen las conductas desadaptativas, que sean además fiablemente definibles y descriptibles.
- b) En el resto de Europa, principalmente en Alemania, se ha despertado un mayor interés por potenciar la evolución de los métodos de estudio del caso único. Los investigadores alemanes se han centrado más en analizar intensivamente, mediante procedimientos empíricos, las sesiones psicoanalíticas, superando las deficiencias de los métodos utilizados a finales de los sesenta. Así se ha creado durante la última década el banco de datos de la Universidad de Ulm (*Ulm Textbank*) en el que se acumulan sesiones grabadas y transcritas, hasta una cuantía no conocida anteriormente, mediante sistemas de almacenamiento y recuperación computerizados de gran capacidad y que está siendo constantemente actualizado. Europa ha sido también el contexto en el que la psicología cognitiva ha tendido más a acercarse al psicoanálisis en dos vías: a) aplicando los modelos cognitivos para explicar y reformular el psicoanálisis; y b) aportando la Inteligencia Artificial como una ciencia cognitiva básica para investigar en psicoanálisis (Poch y Ávila, 1998).

5.1. Evolución actual de las líneas de investigación

Hemos ya revisado la perspectiva de las aportaciones de la investigación hasta finales de los años setenta. En el *apéndice 4* resume los planteamientos y proyectos de los principales centros y programas de investigación en psicoterapia psicoanalítica, incluyéndose primero aquellos que han merecido mayor reconocimiento internacional en las últimas décadas por ser la continuación de las líneas desarrolladas en las décadas anteriores. Hemos agrupado los cuadros resumen por tradiciones, y expondremos en primer lugar los proyectos desarrollados en el continente americano (Chesnut-Lodge, Hospital Mount Zion, Vanderbilt, Programa del Centro para el estudio de las Neurosis de San Francisco y Universidad de Alberta) y, a continuación, los proyectos europeos (Universidad Karl Marx, Universidad de Umea, Universidad de Hamburgo, Clínica Psicosomática de Heidelberg, Instituto Nathan S. Kline, Berlin III, Instituto Karolinska, Proyecto SMBP) .

5.2. Resumen de los hallazgos fundamentales de las investigaciones psicoanalíticas

El Comité de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional difundió en 1999 un extenso y detallado informe (Fonagy, 1999, 2002) denominado «Una revisión a puertas abiertas de los estudios de resultados en Psicoanálisis» en el que se recogen resúmenes de las principales líneas y estrategias de investigación.

El mencionado informe de Fonagy, elabora también las principales conclusiones a las que podemos llegar tras varias décadas de investigaciones. Dichas conclusiones son:

a) Resultados del psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica

a1) Las estimaciones de los porcentajes de pacientes que se benefician del tratamiento varía ampliamente de un estudio a otro, aún en patologías similares y usando medidas equivalentes, lo cual probablemente esté en función de factores metodológicos (Son en todo caso elevadas y satisfactorias).

a2) Los psicoanálisis completos, invariablemente se asocian con mayores beneficios (CURP, BIIIA, BPIS). [las siglas se desglosan en el Anexo]

a3) Los tratamientos más prolongados tienen mejores resultados (NYPIS, CURP, BIIIA, BPIS).

a4) El psicoanálisis puede llevar el funcionamiento de un grupo de pacientes (o grupo clínico) al nivel de la población normal (TSS, SKIS, TJS).

a5) El tratamiento psicoanalítico intensivo es generalmente más efectivo que la psicoterapia psicoanalítica (CURP, BIIIB, AFC4, LAS).

a6) La superioridad del psicoanálisis sobre la psicoterapia, se vuelve a veces solamente evidente algunos años después de que el tratamiento ha terminado (SKIS, AFC3).

a7) La superioridad del psicoanálisis sobre la psicoterapia a veces no se mantiene en los seguimientos de largo plazo (HSA, BPIS).

a8) Hay hallazgos que sugieren que el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica tienen una buena relación costo-beneficio, y que quizás incluso alcanza una buena relación coste-eficacia (NPS, TSFC, BJS, TKS). Pero en algunos estudios la terapia grupal parece tener aún una mejor relación coste-beneficio (TKS).

a9) El psicoanálisis puede conducir a una reducción en el uso de servicios de salud en relación a la patología psicológica y, por lo tanto, en el gasto en salud (BII, BJS), y esto se mantiene así durante un número de años después de que termina la terapia (TKS).

a10) El psicoanálisis también puede conducir a aumentar el uso de servicios de salud (SKIS).

a11) El tratamiento psicoanalítico puede conducir a una reducción en el uso de medicación psicotrópica entre pacientes ingresados (BIIIA).

a12) Se ha demostrado que el psicoanálisis se asocia a una mejoría en la capacidad laboral (BII, BIIIA, BJS, TSS).

a13) Los efectos a largo plazo del psicoanálisis exitoso pueden incluir el desarrollo de resiliencia en relación a las secuelas esperadas de los trastornos tempranos (AFC3).

a14) La terapia psicoanalítica prolongada puede reducir la sintomatología borderline a largo plazo (NPS, MCFO, NSW, LPHS), y estas mejoras se mantienen en el tiempo (NPS, NSW).

a15) El psicoanálisis puede ser un tratamiento efectivo para los trastornos psicosomáticos graves (AFCI, BIIIA).

b) Variables dependientes del paciente

b1) Los trastornos más graves se benefician específicamente del psicoanálisis más que de la psicoterapia (AFC1, HSC).

b2) La psicoterapia psicoanalítica, en una dosis subclínica, puede tener resultados negativos (AFC2, BIIIA).

b3) Los trastornos del comportamiento responden menos al psicoanálisis que los trastornos emocionales (AFC2, BIIIA).

b4) Los niños pequeños se benefician más del psicoanálisis que los niños de más edad (AFC2).

b5) Los problemas narcisistas primarios (anacríticos) son manejados mejor en la psicoterapia, y los problemas introyectivos en el psicoanálisis (MPRP).

b6) Los trastornos psicosomáticos responden particularmente bien al psicoanálisis (HSA, BIIIA).

c) Variables proceso/resultado

c1) El tratamiento psicoanalítico exitoso de los trastornos graves de personalidad puede requerir una combinación de técnicas expresivas y de apoyo (MPRP).

c2) La alianza terapéutica al principio del tratamiento predice los resultados (BIIIC).

c3) La terapia de apoyo puede ser mejor para los pacientes psicóticos, en términos de una mejoría de su capacidad de adaptación (BPSS).

c4) La angustia, la culpa y la idealización en la transferencia, pueden estar asociados a un éxito del tratamiento, mientras que la culpa, la humillación y la angustia existencial, se asocian a el fracaso de los tratamientos (AFC4).

c5) Los terapeutas que logran éxitos terapéuticos, son los que se adecuan mejor a las necesidades y expresiones afectivas de los pacientes.

c6) Buenos resultados sintomáticos se anticipan por cambios en los sueños (UDS).

d) Variables dependientes del terapeuta

d1) Los analistas más experimentados no son inevitablemente los más efectivos (NYPIS).

d2) Se sugiere que las actitudes psicoanalíticas clásicas no son de ayuda en una psicoterapia psicoanalítica (SKIS).

d3) Un buen ajuste diádico entre analista y paciente es el predictor clave del resultado (BPIS).

e) Consideraciones metodológicas

e1) Las estimaciones que hace el psicoanalista sobre el trastorno del paciente se enriquecen a lo largo del tratamiento (NYPIS).

e2) Los psicoanalistas sobreestiman los resultados (BPIS) pero no siempre es así (BJS).

e3) La definición de resultados en términos de los objetivos de tratamiento individualizados, parece aumentar la efectividad del psicoanálisis (HSA, HSC, TSS).

e4) Las medidas sencillas de satisfacción del usuario muestran claramente la ambivalencia de los pacientes en relación al análisis (HSA).

e5) Las mediciones de sintomatología psiquiátrica muestran más cambios en el psicoanálisis que lo que sucede en relación a las medidas que estudian la personalidad o los vínculos (BIIIA, SKIS).

e6) La estimación del psicoanalista sobre la alianza terapéutica es más relevante para el resultado (BIIIC).

e7) La técnica psicoanalítica varía considerablemente de un analista a otro, aún entre aquellos que se han formado en la misma institución (BPIS).

En resumen, la tradición psicoanalítica, siempre tan reticente con la investigación empírica sistemática, encuentra aquí un contrapunto, en que sin rehuir las críticas, se aporta un conjunto muy estimable de evidencias.

Así el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica tienen un efecto beneficioso para los pacientes neuróticos y con algunos otros grupos de pacientes. Esto ha sido demostrado en una variedad de contextos, y con una amplia gama de medidas, según se detalla a continuación. Los términos «Psicoanálisis» y «Psicoterapia Psicoanalítica», tal como se usan en este resumen, remiten a los criterios «oficiales» en IPA, por la diferente frecuencia de las sesiones (3 a 5 semanales para el psicoanálisis; y 2 ó 1 para la psicoterapia) y por la utilización de diferencias técnicas (reglas básicas e interpretación de la transferencia en el psicoanálisis, vs. flexibilidad técnica en la psicoterapia psicoanalítica).

Por último, una obra reciente, Leuzinger-Bohleber y Target (2002) han profundizado en los efectos a medio y largo plazo de los tratamientos psicoanalíticos, ofreciendo evidencias consistentes de que el proceso analítico continúa tras la terminación del tratamiento, y que sus efectos más relevantes inciden en prevención de las recaídas, y en la prevención de las consecuencias patológicas de los estados traumáticos y carenciales de la infancia y adolescencia, sobre la vida adulta.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se pretende mostrar la productividad en la investigación empírica que se ha llevado a cabo desde el modelo psicoanalítico. Al mismo tiempo hemos considerado, desde una posición autocrítica, las condiciones teórico-ideológicas que han lastrado nuestro modelo, desde sus orígenes.

Se exponen una selección de proyectos de investigación relevantes, tanto de estudios de resultados como de proceso, que muestran la evolución histórica de los propios paradigmas científicos desde principios del siglo XX hasta la actualidad.

Se evidencia la diversidad de métodos, diseños e instrumentos empleados, así como la diversidad de temas y campos estudiados. Son considerables la cantidad de conceptos psicoanalíticos operativizados así como la amplia aportación de nuevos instrumentos de evaluación y medición de tales conceptos.

Los resultados procedentes de la investigación avalan la vitalidad y validez de este modelo de intervención. Asimismo dichos estudios muestran también las limitaciones, las contradicciones, los aspectos que deben seguir sometiéndose a nuevos estudios y controles y la inmensidad de campos todavía no explorados. En una palabra se abren más y nuevos interrogantes y, en definitiva, ésta es una de las finalidades de la investigación.

LECTURAS RECOMENDADAS

ÁVILA-ESPADA, A. (1990). La investigación del proceso, alternativa a la integración de los diferentes enfoques teóricos y técnicos en psicoterapia. *Clínica y Salud*, 1(1), 13-19.

Ofrece una perspectiva de las características metodológicas de la investigación de proceso, y su aportación frente a la tradicional investigación de resultados.

ÁVILA-ESPADA, A. (1994). Contribuciones de la investigación sobre la psicoterapia psicoanalítica. En A. Ávila y J. Poch (comps.), *Manual de Técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico* (pp. 625-665). Madrid: Siglo XXI Editores de España, S. A.

Este capítulo, cuyo objeto coincide con el tema que tratamos, se incluye en un manual que trata conceptos teórico y técnicos de la psicoterapia psicoanalítica. Tiene especial interés ya que ofrece una información básica e imprescindible y que debe ser previa para la comprensión de este tema.

MITJAVILA, M. y POCH, J. (2001). Investigación en psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis (Número Especial Internacional)* 8, 233-248.

Este artículo trata de la actitud tradicional psicoanalítica frente a la investigación empírico-experimental. Amplia los contenidos tratados en los apartados 1 y 6 de este tema.

POCH, J. y ÁVILA, A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.

Este manual trata los contenidos de este tema y amplía los apartados: 2 , 3, 4, y 5 de este tema.

ACTIVIDADES RECOMENDADAS

- Consulte la página web de IPA (*Internacional Psychoanalytical Association*), descargando y comentando los informes de investigación vigentes en cada momento. (www.ipa.org/uk)
- Consulte la página web de la SPR (*Society for Psychotherapy Research*), órgano internacional más relevante de difusión e intercambio de la investigación en psicoterapia, así como su revista: *Psychotherapy Research*, disponible en texto completo en las bases de datos de la UNED. (www.spr.org)
- Elaborar un comentario personal del siguiente trabajo:
JIMENEZ, J. P. (2000). «El método clínico, los psicoanalistas y la institución». *Aperturas Psicoanalíticas. Revista de Psicoanálisis. Hacia Modelos integradores* (Descargable en Formato electrónico en la dirección siguiente: <http://www.aperturas.org/4jppjimenez.html>)
- Siguiendo el resumen extraído del informe coordinado por P. Fonagy: *Conclusiones de la Revisión «A puertas abiertas» de los estudios de resultados en psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica*, elabore un cuadro resumen en el que se contrasten las diferencias entre el psicoanálisis y la psicoterapia, en cuanto al tipo de resultados.
- Diseñar una entrevista (puede ser corta o larga, según convenga) estructurada o semi-estructurada para aplicar a terapeutas acerca de lo que consideran como *factores esenciales de cambio terapéutico*. Puede tomarse como referencia para elaborar la entrevista los contenidos tratados en este tema. El mismo ejercicio puede aplicarse a entrevistar sobre otros conceptos, por ejemplo: indicadores de mejoría, de transferencia, analizabilidad, etc.
- Diseñar una entrevista (puede ser corta o larga, según convenga) estructurada o semi-estructurada dirigida a personas que se hayan sometido a una experiencia psicoterapéutica y preguntarles acerca

de su experiencia vivida en el tratamiento: beneficios/perjuicios, cambios que les reportó el tratamiento; situaciones o anécdotas que recuerden especialmente; qué recuerdan de la actitud e intervenciones del terapeuta; cómo vivieron el final y el post-tratamiento, etc. El mismo diseño podría aplicarse a personas que no se hayan sometido a ningún tipo de proceso psicoterapéutico. En este caso se adaptarían las preguntas, por ejemplo, qué entienden por psicoterapia; qué opinan acerca de su utilidad o no; qué representación tienen de la función del terapeuta; expectativas, posibles prejuicios, temores, etc.

- Idear un pequeño diseño para evaluar alguna variable del proceso terapéutico, por ejemplo: Alianza terapéutica, Transferencia, Resistencias, etc. Deberá incluirse la definición operativizada del concepto, así como la descripción del procedimiento e instrumentos.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

1. Una de las críticas frontales que se ha hecho (Grünbaum, 1982, 1993) al modelo restringido de investigación psicoanalítica ha sido:
 - a) Que el psicoanálisis convierte la práctica clínica en un ámbito válido tanto para la terapia como de la investigación.
 - b) Reducirse a una posición restrictiva en la que sólo interesan los fenómenos de la relación terapéutica o relación paciente-terapeuta.
 - c) Que el concepto de inconsciente no lo sostiene la ciencia contemporánea.
2. Hay tres proyectos clave en la primera etapa de la historia de la investigación de la psicoterapia psicoanalítica:
 - a) El Proyecto *Heildeberg*, el Proyecto del *Centro Anna Freud* y el Proyecto de la Psicoterapia Breve de la *Clínica Tavistock*.
 - b) El proyecto *FRAMES*, las investigaciones de Bowlby sobre el Apego, y los estudios sobre Alianza Terapéutica de Horowitz y el grupo de San Francisco.
 - c) El Proyecto *Menninger*, el Proyecto *Penn* y el Proyecto de la Psicoterapia Breve de la *Clínica Tavistock*.
3. La *investigación de resultados*:
 - a) Permite comprobar si la psicoterapia es efectiva y se logra una adecuada relación coste-beneficio respecto de los objetivos terapéuticos en función del tiempo de tratamiento.

- b)* Permite comprobar si la psicoterapia es útil a los pacientes, si los procedimientos terapéuticos son efectivos y si pueden compararse entre sí en función de su efectividad.
 - c)* Permite comprobar si la psicoterapia es eficiente y si los procedimientos terapéuticos son eficaces en función de su mejor rendimiento que los tratamientos farmacológicos.
- 4. El Meta-análisis de la John Hopkins University (Smith, Glass y Millar, 1980) permitió comprobar que:
 - a)* La psicoterapia es casi tan efectiva como el tratamiento farmacológico en el tratamiento de los trastornos psicológicos más graves, y que cuando se combinan ambas formas de tratamiento los beneficios netos son menores que la suma de los beneficios considerados separadamente.
 - b)* La psicoterapia es tan efectiva como el tratamiento farmacológico en el tratamiento de los trastornos psicológicos leves, y que cuando se combinan ambas formas de tratamiento los beneficios netos son mayores que la suma de los beneficios considerados separadamente.
 - c)* El tratamiento farmacológico es superior a la psicoterapia, si bien esta potencia los resultados de aquel en los cuadros de ansiedad.
- 5. La investigación de procesos en psicoterapia:
 - a)* Usa sistemas de categorización, que intentan «atrapar» los componentes de los procesos, a nivel «micro», como fenómenos característicos que se consideran «claves» en la investigación de los mecanismos de cambio.
 - b)* Permite que usemos sistemas computacionales para detectar las «dimensiones» del cambio terapéutico, y su correspondencia con un modelo de ciclos.
 - c)* «a» y «b» son correctas.
- 6. En las líneas de investigación más recientes, en norteamérica e Inglaterra:
 - a)* Ha predominado el interés por el análisis de las estructuras psicodinámicas, formulándose teorías acerca de las características esenciales de las estructuras típicas que generan o sostienen las conductas desadaptativas, que sean además fiablemente definibles y describibles.
 - b)* Ha predominado la construcción de bancos de casos para su posterior análisis computacional.

- c) El énfasis ha sido puesto en los resultados del tratamiento de las estructuras psicóticas.
- 7. El psicoanálisis se ha demostrado más efectivo que la psicoterapia psicoanalítica:
 - a) En los trastornos del comportamiento y de ansiedad.
 - b) En todos los casos.
 - c) En el tratamiento de los trastornos más graves: psicosis, trastornos psicosomáticos.

RESPUESTAS CORRECTAS

1. a) 2. c) 3. b) 4. a) 5. c) 6. a) 7. c)

Apéndice 1. Primera etapa de la investigación empírico-sistemática del psicoanálisis y la Psicoterapia Psicoanalítica (1910-1970)	
Centro-Proyecto	Descripción de los resultados
Estudio Berlín I – El informe Fenichel (Berlín I: 1910-1930)	Este es el primer estudio psicoanalítico de resultados y es una temprana indicación de la productividad que tiene Alemania en este campo. Constituye el punto de partida de la crítica clásica que realizó Eysenck al Psicoanálisis, la cual fue revisada por Bergin (véase Ávila, 1994), habiéndose demostrado que exageró la velocidad de la remisión espontánea en los pacientes que no recibían tratamiento.
Proyecto de la Fundación Menninger (1949)	Se trataron 42 pacientes: 21 mediante psicoanálisis convencional y 21 mediante psicoterapia psicoanalítica. Resumimos los principales resultados: Mejoraban más los paciente mejor dotados psicológicamente. Algunos pacientes tratados psicoterapéuticamente, a pesar de la mejoría, no presentaban cambios estructurales. Se concluía que la terapia de apoyo no era efectiva para pacientes límite. Wallerstein en 1986 cuestiona dicha conclusión considerando que una terapia de apoyo, no centrada en la transferencia, también aportaba cambios significativos y estables. El logro de insight aparece como una rama de doble filo, puede inducir a la mejoría pero en otros casos puede producir empeoramiento. Los pacientes, como grupo, no presentaron mejorías estables, atribuible a la gravedad de los trastornos de los pacientes incluidos en este estudio. Para poder apreciar los efectos de la terapia psicoanalítica se requiere un periodo de tiempo más amplio que el requerido en terapias más focales.
Clínica Psicoanalítica de la Universidad de Columbia (CURP) Inicio: 1959 (USA)	Este fue un ambicioso estudio, llevado a cabo por el Centro de Formación e Investigación Psicoanalítica de la Universidad de Columbia contrastando los resultados obtenidos en pacientes sometidos a tratamiento psicoanalítico y psicoterapéutico. Los pacientes fueron asignados sin seguir criterios de azar, y todos los tratamientos fueron realizados en la Universidad. El estudio analizó los registros tomados a partir de tratamientos conducidos por candidatos en formación. Se publica un primer informe en el que se facilitan ciertos datos de los resultados de tratamiento de 1348 pacientes (588 en psicoanálisis y 760 en psicoterapia heterogénea). Las conclusiones mostraron que la gran mayoría de los pacientes tratados mostraron una mejoría notoria y que ésta era mayor cuando se aplicaba psicoanálisis que cuando se hacía psicoterapia, pero no hubo un adecuado apareamiento entre los dos grupos estudiados. Algunos resultados merecen interés, especialmente los extraídos de comparaciones entre subgrupos: los pacientes diagnosticados de «personalidad neurótica» mejoraron más mediante el análisis que con la psicoterapia; el resultado inverso se produce respecto de los pacientes psicóticos y límites, si bien es interesante resaltar —por las controversias que habrá más tarde en los años 80 (Kohut, Kernberg)— que los pacientes con trastorno de personalidad límite no empeoraron con el «tratamiento analítico convencional». ► ►

Estudio 2 del Centro Anna Freud (AFC2) 1952-1970 (Londres, UK)	Estudio de los registros clínicos del Centro Anna Freud. Este centro se dedicó al tratamiento psicoanalítico y psicoterapéutico de niños bajo la dirección de Anna Freud desde 1952 hasta la fecha de su muerte. Los registros de los casos del centro han sido confeccionados en un grado de detalle inusual y están en gran parte estandarizados siguiendo el perfil diagnóstico desarrollado por Anna Freud e incorporando el índice de Hampstead (<i>véase después</i>). Las fichas clínicas de 765 casos fueron revisadas por investigadores independientes y se prestó cuidadosa atención a la obtención de una confiabilidad razonable en los juicios obtenidos. Los hallazgos fueron publicados en tres trabajos. Los niños con trastornos disruptivos tuvieron buenos resultados tanto en los tratamientos psicoanalíticos como en psicoterapia y parecía más adecuado para ellos el análisis si sus problemas eran más graves y complejos. En términos generales, los niños más pequeños obtuvieron mayor beneficio de los tratamientos que los de más edad.
Proyecto de la U. de Rochester sobre análisis de contenido por computador	Partiendo del análisis del material grabado completo de un caso de psicoanálisis recogido por Gordon Pleune, se sometió a análisis factorial los principales indicadores formales (palabras) de segmentos sucesivos, marcados cada 5 minutos, identificándose así los conglomerados significativos de las verbalizaciones del paciente. Este método denominado UHH (<i>Untouched by human hands</i>) aportó la novedad de utilizar por vez primera exclusivamente referentes intra-sujeto.
Centro de Investigación en Salud Mental de la Universidad de Nueva York (USA) Inicio 1968	Iniciado por Hartvig Dahl, a partir de 1968 comienza registrando un caso, transcribiendo sus notas diarias sobre el proceso analítico y codificándolo de forma que pudiera ser utilizado con los sistemas de análisis de contenido entonces vigentes. Sus primeros trabajos se centran en la construcción de «diccionarios» de los términos y conceptos utilizados por los pacientes en el proceso del análisis. Estos desarrollos iniciales convergerán más adelante con los programas de investigación que ha venido a desarrollar el grupo de la universidad de Ulm, tanto por la recolección de las sesiones de tratamientos completos (La Sra. C) como por los métodos de análisis de contenido utilizados.
Proyecto PENN Inicio 1968	Este estudio realizado en la Universidad de Pennsylvania bajo la dirección de Luborsky, combina estudio de proceso y resultados. Plantea los siguientes objetivos: Identificar factores pre-tratamiento del paciente y del terapeuta que puedan influir en el resultado; Identificar factores predictores intra-tratamiento en las primeras sesiones. Destacan en los resultados las siguientes evidencias: • La mayoría de pacientes que siguen el tratamiento durante más de cinco sesiones, obtienen beneficios (22% gran mejoría, 43% moderada, 27% alguna mejoría, 7% sin cambio, 1% empeoran). • Los cambios implican un descenso de la frecuencia e intensidad del patrón conflictivo relacional, pero no su total desaparición. • Hay una tendencia a la mejoría de la salud física en el curso de la psicoterapia. • Los resultados beneficiosos obtenidos tienden a mantenerse y eso se verifica en el seguimiento realizado a los cinco años de finalizar la terapia. ► ►

INTRODUCCIÓN A LOS TRATAMIENTOS PSICODINÁMICOS

	Se obtienen resultados más esperanzadores que los ofrecidos en el Proyecto Menninger. Se identificaron unos factores terapéuticos específicos, que podrían ser la base de una teoría sobre el proceso terapéutico: La importancia de la Alianza de trabajo, en la que el terapeuta funciona dando confianza y comprensión. Es importante la capacidad del terapeuta para comprender al paciente y gestionar sus problemas relacionales a través de la transferencia. La capacidad de auto-comprensión obtenida por el paciente correlaciona con el grado de beneficio obtenido. La psicoterapia focaliza los conflictos del paciente que dejan de ser invasivos en las distintas áreas de la vida y realizaciones del paciente. Se desarrollaron nuevos instrumentos de medida: H.S.R.S.; H.R.Q., C.C.R.T., etc. Este último instrumento el Conflictual Core Relationship Theme (Tema Central del Conflicto Relacional), operativiza el concepto de transferencia (Luborsky, 1995 y Luborsky, L. y Crits-Christoph y 1998). Desarrollos conceptuales sobre la Alianza terapéutica, considerando dos subtipos el 1 que correspondería a una modalidad más parasitaria o pasiva, y el 2 que correspondería a la convencional.
Grupo de investigaciones analíticas del Instituto del Hospital de la Universidad de Pennsylvania (USA) Inicio 1968	Grupo compuesto por 10 analistas con experiencia, bajo la presidencia de Harold Graff y la secretaría de Sidney Pulver. El interés de este grupo se centró en la investigación del proceso y resultados del método psicoanalítico, partiendo de un estudio inicial en el que se compararon las grabaciones magnetofónicas de 30 pacientes en análisis que realizaron tratamiento durante más de 50 sesiones, con otros 30 que interrumpieron el tratamiento antes de la sesión 50. El análisis de los datos se centró en los siguientes aspectos: a) calidad de la interpretación; b) cambios en el curso del tratamiento en aspectos específicos de la transferencia; c) cambios en las defensas durante el tratamiento; y d) factores que pueden estar asociados a la emergencia de determinados síntomas, como el olvido momentáneo o las molestias somáticas.
Laboratorio de filmación Escuela de Medicina Univ. Illinois. (USA)	David Shakow inició el primer laboratorio de filmación de psicoterapia y psicoanálisis en la universidad de Illinois cuyos primeros resultados de investigación pueden constatarse en el estudio de niveles de significación de las producciones de terapeutas y pacientes. Posteriormente Shakow desarrolló este proyecto en el National Institute of Mental Health y se centró en el estudio intensivo de un caso de psicoterapia con un total de 632 sesiones filmadas.
Indice Hampstead (Londres)	Elaborado en la Clínica Hampstead. Se trata de un índice en el que se clasifican aspectos del tratamiento psicoanalítico, presentado en formato tarjetas y clasificados por descriptores para servir de soporte a la investigación. Las tarjetas contenían una unidad de observación y la referencia al registro transcrito del caso. Este procedimiento permite identificar los casos que contienen determinado dato, fenómeno o situación.
Psicoterapia Breve Clínica Tavistock (Londres)	Se inició antes de los años 70 bajo la dirección de D.H. Malan. Se destacan los siguientes factores específicos para el cambio y resultado favorable del tratamiento: Alta motivación por parte del paciente; manifestación precoz de la transferencia; trabajo adecuado del vínculo



	padres/transferencia; suficiente elaboración sobre la finalización del tratamiento; focalización: a mayor focalización, más motivación del paciente y mayor probabilidad de éxito; óptima interacción terapeuta-paciente, que se podría definir como: «lo que a un terapeuta le gustaría encontrar cuando trabaja con un paciente en concreto y con una forma determinada de terapia psicoanalítica.» Los seguimientos se han realizado durante dos décadas. La evidencias recogidas confirman muchos aspectos de la teoría psicoanalítica, así como la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica.

Apéndice 2. Algunos casos de psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica registrados

Autor	Caso	Año tratamiento	Duración	Año publicación	Tipo de registro
M. Sechehaye	«Renée», Mujer de 18 años	1930-38	9 años	1947	Notas post-sesión
J. McDougall y S. Lebovici	«Sammy» chico de 9 años	1955	166 sesiones	1960	Notas de las sesiones
M. Klein	«Richard», chico de 10 años	1944	93 sesiones	1961	Notas post-sesión
H. Thomä	«Sabine» mujer de 26 años	1958	304 sesiones	1961	Notas post-sesión
M. Milner	«Susan», mujer 23 años	1943-58	15 años	1969	Notas post-sesión
F. Dolto	«Dominique», chico de 14 años	1968	12 sesiones	1971	Notas post-sesión
M. Balint	«Mr. Baker» varón 43 años	1961-62	29 sesiones	1972	Notas post-sesión
P. Dewald	Mujer de 26 años	1966	304 sesiones	1972	Notas de las sesiones
D. Winnicott	«Piggle», niña de 2 años	1964	14 sesiones	1978	Notas post-sesión
H. Dahl	«Mrs. C» Mujer joven	1968	+ 500	1986 y ss.	Registro grabado
H. Kachele	«Amalie» Mujer de 34 años	1970's	517 sesiones	1989 y ss.	Registro grabado

Apéndice 3. Ejemplos de procesos de foco de atención de la investigación en psicoterapia psicoanalítica

Nivel de análisis	Proceso – Fenómeno	Métodos / Instrumentos / principales investigadores
Macro-proceso	El proceso terapéutico considerado como un todo	Racional-cualitativo: PQS (E. Jones) Computacionales: Modelo de Ciclos (E. Merghentaler) Actividad Referencial (W. Bucci)
Micro-Proceso	Transferencia – Patrón relacional conflictivo	CCRT (L. Luborsky) CCRT-LU (D. Pokorny, Albany et al.)
Micro-Proceso	Esquemas Emocionales	FRAMES (H. Dahl)
Micro-Proceso	Esquemas Cognitivo-Interpersonales	MMRR (M. Horowitz)
Micro-Proceso	Proceso Analítico	CAPS (S. Vaughan)
Micro-Proceso	Estilos de Apego	AAI (M. Main)
Micro-Proceso	Mentalización	P. Fonagy
Micro-Proceso	Plan Inconsciente de Curación	J. Weiss, H. Simpon et al.
Micro-Proceso	Plan de Acción Latente del Terapeuta	TLAP (A. Ávila)

Apéndice 4. Líneas de investigación recientes en Psicoterapia Psicoanalítica**INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN CHESNUT-LODGE**

Centro fundado en 1947 en EEUU para el tratamiento de enfermedades mentales de larga duración, sigue los principios de Frieda Fromm-Reichmann. Miembros destacados son: O. Will, H. Searles, T. McGlashan, W. Goodrich.

* **En 1982 se inició un estudio del proceso terapéutico** aprovechando el material acumulado durante los años anteriores.

* **Los aspectos más relevantes son:**

1. Estudio de las características diferenciales de las diadas paciente-terapeuta y su adecuación.
2. Diseño con seguimientos de larga duración, 15 años. N=532 pacientes.
3. Ganancias diferenciales en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos en comparación de los pacientes con trastornos afectivos o trastornos graves de la personalidad.
4. Peculiaridades del curso del tratamiento para cada tipo de trastorno.
5. Creación de instrumentos de evaluación de resultados para observadores independientes.
6. Construcción de un índice de admisión clínica.



7. Inició en 1975 un diseño longitudinal coincidiendo con la puesta en servicio de la sección infantil, para investigar las interrelaciones entre psicopatología, proceso terapéutico, resultados del tratamiento hospitalario de larga duración y extraer de todo ello un modelo integrado de proceso de tratamiento multidimensional para adolescentes.
8. Desarrollan criterios operacionales de los prototipos del estudio (esquizofrenia, trastorno afectivo y trastorno grave de la personalidad), realizan análisis y descripciones intensivas de procesos de tratamiento con buenos y malos resultados, estudian los procesos en pacientes con trastorno de personalidad límite y confeccionan un modelo de proceso de tratamiento. Se ha establecido un sistema de evaluación prospectiva longitudinal.

* **Los primeros resultados** remarcaban la importancia de la mutua influencia entre el proceso de tratamiento y el proceso del trastorno.

* **Se han desarrollado modelos del proceso del tratamiento** para la esquizofrenia y la depresión.

ESTUDIO DEL PROCESO TERAPÉUTICO DEL GRUPO DEL HOSPITAL MOUNT ZION Y DEL INSTITUTO PSICOANALÍTICO DE SAN FRANCISCO:

* **J Weiss**, comenzó en 1958 de manera informal a analizar notas tomadas en situaciones analíticas y formuló dos hipótesis que se encontrarán en la base de la investigación posterior: *a)* el paciente *controla* el acceso a la conciencia de los contenidos inconscientes; *b)* el paciente pone a prueba al terapeuta, más que intentar gratificar un impulso a través de él.

* **La investigación se centró sobre el material de un caso único: «Mrs C.»** El psicoanálisis de esta paciente se grabó durante las primeras 100 sesiones, además se contó con los informes del psicoanalista de la totalidad de las 453 sesiones que duró el análisis. Constituye el mejor estudio de caso único (Weis, Sampson et al. 1986), y permitió poner a prueba un buen número de hipótesis del proceso psicoanalítico.

* **Resultados:**

1. Se evidenció la realidad clínica y empírica del concepto de represión en el caso investigado.
2. Se probó la hipótesis del funcionamiento mental superior inconsciente.
3. Se probó que el proceso psicoanalítico es, en esencia, un proceso mediante el cual el paciente trabaja de acuerdo con planes inconscientes dirigidos hacia la resolución y desaparición de sus creencias patógenas.
4. El objeto de análisis en «C» consistió en la resolución de algunas creencias patógenas puestas de manifiesto en las primeras sesiones.



***Conclusiones:**

De todo ello se dedujeron conclusiones sobre cual es el papel terapéutico del analista. (Descubrimiento de los planes inconscientes del paciente y ayudarlo a desarrollarlos; interpretaciones dirigidas a hacer reaccionar al paciente hacia la consecución de sus objetivos, etc.).

PROYECTOS RECIENTES EN EL GRUPO DEL HOSPITAL DE MOUNT ZION

*** Se inician en 1986 como desarrollo de las investigaciones previas** habiendo creado nuevos modelos y medidas (Método de formulación y diagnóstico del plan y Escala de compatibilidad de las intervenciones con el plan).

*** Objetivos:** El proyecto se dirige a investigar el proceso de cambio en la psicoterapia, también los conceptos de Plan inconsciente, y de Puesta a prueba del terapeuta (como continuación de investigaciones previas). Esta línea de trabajo es aplicable tanto en la investigación de los procesos de la psicoterapia psicoanalítica como de la Terapia cognitiva.

*** Métodos desarrollados:**

1. Diseño de métodos fiables y replicables para formular los planes de los pacientes.
2. Diagnóstico específico de los esfuerzos de los pacientes para desconfirmar sus creencias patógenas inconscientes mediante la puesta a prueba del terapeuta.
3. Efectos de las intervenciones de los terapeutas sobre los progresos de los pacientes.
4. Desarrollar nuevas medidas de proceso y resultado sensibles a los indicadores de cambio terapéutico.
5. El programa ha creado un archivo de datos en el que se almacenan tratamientos completos de psicoterapia breve (grabaciones y transcripciones literales) a cargo de terapeutas expertos, con exploraciones psicológicas y entrevistas pre-tratamiento y de seguimiento a los seis meses y al año. En el programa participan clínicos independientes aparte de los terapeutas.

*** Los resultados aportados son:**

1. Se puede identificar fiablemente el plan del paciente.
2. La formulación del plan tiene validez predictiva.
3. Las puestas a prueba que efectúa el paciente pueden identificarse fiablemente.



4. Se pueden realizar juicios fiables sobre si un terapeuta ha superado o no una prueba, o si su interpretación está indicada para un paciente determinado
5. Las conductas del terapeuta tienen un impacto significativo sobre los progresos del paciente.

Se han analizado intensivamente 3 psicoanálisis y 11 psicoterapias breves. Se puede concluir que el método de diagnóstico del plan ha probado ser un procedimiento fiable para desarrollar formulaciones psicodinámicas del caso, hechas a medida de cada sujeto. Se han creado unos 10 nuevos instrumentos de investigación.

PROYECTO VANDERBILT DE INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA (FASE I)
(Strupp, 1982; 1984)

Objetivos:

Conocer las variables del terapeuta: Variables dependientes del terapeuta y del tipo de relación que establece con el paciente. Comparando terapeutas expertos y otros profesionales no formados como terapeutas pero con experiencia como consejeros (Strupp, 1982; 1984).

Principales resultados:

1. Desarrollo de numerosos instrumentos y técnicas para la psicoterapia breve
2. Mayor importancia del diagnóstico relacional o interpersonal respecto de los diagnósticos nosológicos habituales.
3. Necesidad de diseños de tratamiento «ad hoc» para cada paciente; imposibilidad de modelos universales. Flexibilización de las técnicas según cada paciente.
4. Importancia de la Alianza Terapéutica. Necesidad de una alianza de trabajo positiva desde el inicio del tratamiento.
5. Afrontamiento precoz y activo de las reacciones terapéuticas negativas. Al mismo tiempo ayudar al terapeuta a resolver las actitudes negativas hacia el paciente, provocadas por éste.
6. Controlar y matizar la tendencia directiva que se da en la Psicoterapia —Breve.

FUNDACIÓN MENNINGER
PROYECTOS ACTUALES DE INVESTIGACION

* **Se inicia en 1980 como continuación del histórico Proyecto Menninger (1949-1972).**

* **Objetivo central del estudio:** evaluar la idoneidad de cada una de las interpretaciones del terapeuta, en especial las transferenciales, para poder hacer una buena investigación de proceso.

* **Los áreas de interés más relevantes de la investigación son:**

1. **Estudio del proceso:** Uso de métodos longitudinales y cruzados, para ver como interactúan pacientes y terapeutas y como las estrategias de los terapeutas y las características de los pacientes se combinan para dar formas más o menos exitosas de tratamiento.
2. **Estudio de la Alianza Terapéutica:** Esta variable ha demostrado un alto nivel predictivo del éxito terapéutico cuando su evaluación resulta positiva en les primeras sesiones de tratamiento.
Se determina el vínculo entre los cambios intra-sesión respecto a la alianza terapéutica y las intervenciones del terapeuta anteriores a la sesión estudiada, para valorar el impacto de las intervenciones del terapeuta a medio y largo plazo en el tratamiento, así como de la propia relación terapéutica.
Para posibilitar todo lo anterior se han desarrollado y perfeccionado diversas medidas de la alianza terapéutica y de sistemas de categorización y valoración de las intervenciones del terapeuta.
3. **Indicadores para orientar la prescripción del tipo de tratamiento:** Se trata de una investigación de indicadores para diferenciar los pacientes que se pueden beneficiar más de las psicoterapias expresivas (psicoterapia psicoanalítica convencional) frente a los que pueden ser más favorecidos por terapias de apoyo (estrategias de consolidación o restitución de defensas adaptativas perdidas).
4. **Estudio sobre los pacientes con «Trastorno Límite de la Personalidad»:** Delimitar qué tipos de pacientes «límite» responden mejor a uno y otro tipo de variedad de tratamiento (expresiva y apoyo) y en qué fase de éste.
5. **Tecnologías empleadas:** Grabación en audio de sesiones que posteriormente son seleccionadas aleatoriamente y tratadas para ser valoradas por jueces independientes.
Realización de comparaciones entre sesiones del inicio y del final (registradas en vídeo) y de entrevistas de valoración en el seguimiento con el paciente y con el terapeuta.



* **Algunos de los rendimientos del estudio:** Apuntan unos pre-resultados respecto a las indicaciones del trabajo en la transferencia con pacientes «límite»:

1. Que tengan una mínima propensión a recaer en episodios transitorios de pensamiento psicótico.
2. Que haya, durante el transcurso de la vida, un fuerte anhelo de un vínculo íntimo con una figura parental del mismo sexo, ya que esto se gratifica en el trabajo transferencial aunque haya un contenido hostil.
3. Tendencia a internalizar más que a externalizar.
4. Deseo fluctuante de intimidad y distancia sin quedar restringido en uno de los polos.

(Uno de los puntos conflictivos de la investigación es justamente la valoración de la dimensión distancia-intimidad, dada su gran complejidad).

PROGRAMA DE ESTUDIO SOBRE PROCESOS MENTALES CONSCIENTES
E INCONSCIENTES DEL CENTRO PARA EL ESTUDIO DE LAS NEUROSIS
DE SAN FRANCISCO

Centro de investigación de la Fundación John D. and Catherine MacArthur,
en el que el Programa sobre Procesos Mentales Conscientes e Inconscientes
está dirigido por Mardi J. Horowitz, con la colaboración sucesiva de Charles Stinson,
Nancy Kaltreider y Charles Marmar.

* **Desde su fundación en 1983** sigue una tradición de investigación integradora que acoge perspectivas psicodinámicas y cognitivas para desarrollar teorías nuevas no dependientes de conceptos teóricos predefinidos. (Deriva de estudios precedentes: Centro de estudio y evaluación de la psicoterapia del Instituto psiquiátrico Langley Porter)

* **Se han establecido tres desarrollos teóricos:** Teoría del estado, Teoría del esquema y Teoría de los procesos de control. Así se han utilizado los procedimientos de psicoterapia dinámica breve para los síndromes de respuesta al estrés, demostrándose su eficacia.

* **Objetivos:** El programa se dirige a clarificar ciertos procesos mentales implicados con la autoorganización y el control sobre múltiples auto-esquemas para organizar las secuencias ideacionales y emocionales que han de tener acceso a la conciencia y estar al alcance para la comunicación con los otros. (Actualmente se estudian procesos mentales inconscientes implicados en la formación y resolución de síntomas presentes en personas que sufre de duelo patológico y fobia social). Se cree que estos fenómenos son centrales en el proceso terapéutico.



* **Rendimientos:** El programa ha desarrollado numerosos instrumentos de investigación y contribuciones metodológicas independientes de teorías preexistentes (Horowitz, 1982, 1995; Horowitz y Stinson, 1995; Horowitz, Eells, Singer y Salovey, 1995).

CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA DE LA UNIVERSIDAD
DE ALBERTA (CANADA)

* **Desde 1985** ha destacado entre los programas de investigación más relevantes, incluyendo tres ensayos clínicos a gran escala, que se centran en psicoterapia breve y de grupo y una investigación extensiva de análisis de proceso.

* **El objetivo** general recae en el estudio de diversos predictores y sus interrelaciones, con medidas de proceso y resultados.

* **Líneas de investigación y estudio:**

1. El primero se centra en las indicaciones y resultados de la psicoterapia dinámica breve individual (de 3 a 5 meses). Abarca 144 pacientes y 8 terapeutas durante un período de más de tres años. El criterio estudiado es la cualidad de las relaciones de objeto, se dispone de un grupo control.
2. El segundo estudio apunta a la investigación de la accesibilidad de los pacientes y la efectividad respecto de la psicoterapia dinámica de grupo de corta duración. El grupo de pacientes sufre un «duelo complicado». Se investiga una característica de personalidad «sensibilidad psicológica» (vulnerabilidad ante el estrés y la sintomatología neurótica y límite) para comprobar su valor como criterio de selección y como variable pronóstica. Se estudian: 160 pacientes, 3 terapeutas, 16 grupos de terapia y un período de más de cuatro años.
3. El tercer estudio es una evaluación controlada del programa de hospital de día para pacientes con trastornos mentales graves y crónicos. Se intenta identificar las características del paciente que correlacionen con un resultado positivo. También se pretende identificar las características de los pacientes que completan su trabajo diario de tratamiento y se vinculan. Se estudian: 300 pacientes durante 3 años.
4. El cuarto estudio se dirige a las precondiciones y respuestas a las interpretaciones psicodinámicas que se efectúan en el curso de la psicoterapia dinámica breve. Se investiga la precondición (verbalizaciones del paciente), la interpretación (verbalizaciones del terapeuta) y la respuesta (verbalizaciones del paciente), que se asocian a episodios de



interpretación con éxito y sin éxito. Se investigan numerosas variables del proceso y se controlan multitud de variables moduladoras en 60 pacientes de los que se dispone de sesiones grabadas de psicoterapia del primer estudio.
* Los primeros resultados mostraron una clara eficacia de la psicoterapia. dinámica breve. Los mejores resultados se dieron en los pacientes con mejor cualidad en sus relaciones de objeto. La variable sensibilidad psicológica se ha mostrado predictiva de la permanencia o no en la psicoterapia. de grupo.
* Relación coste/beneficio: Un aspecto interesante del proyecto Alberta, recae en su interés por investigar la relación satisfactoria coste/beneficio que determinadas formas de psicoterapia. dinámica ofrecen a la asistencia pública en salud mental.

LÍNEAS DE INVESTIGACION EUROPEAS EN PSICOTERAPIA PSICOANALITICA	
Estudio comparativo de psicoterapias <i>Universidad de Hamburgo</i> Se inicia en 1972	Comparan la Psicoterapia breve, P. dinámica de larga duración y T. centrada en el cliente. Estudio de las «horas de terapia cruciales», es decir, variables del proceso en momentos significativos.
Trastornos y problemas interpersonales <i>Universidad de Stanford</i> (L. M. Horowitz, S. E. Rosenberg) Se inicia en 1979	Diseños para evaluar los trastornos interpersonales en la evolución de los tratamientos empleados. Comparación entre pacientes en los que el malestar interpersonal es el principal factor con los que no es relevante. Diseño de un sistema estandarizado para identificar formulaciones dinámicas características de los trastornos interpersonales y de los conflictos intrapsíquicos.
Tratamiento de pacientes límite <i>Universidad de Umea</i> (B.A. Armelius) Se inicia en 1982	Se centran en aspectos teóricos y clínicos de carácter psicopatológico de esta entidad y sobre las formas de tratamiento más idóneas. ▶ ▶

Psicoterapia dinámica interaccional Karl Marx University <i>(Leipzig, Alemania)</i> Se inicia en 1983	Método de la psicoterapia dinámica interaccional. Pauta de relación terapéutica. Momentos cruciales de la psicoterapia.
Estudio multicéntrico de tratamientos de orientación psicoanalítica <i>(Berlin III)</i> (G. Rudolf, R. Manz, C.Ori) Se inicia en 1985	Diseño naturalista con 44 pacientes que recibieron tratamiento psicoanalítico y fueron evaluados respecto de determinados indicadores de resultado tanto cuantitativos como cualitativos. Se compararon estos resultados con los de 56 pacientes externos que recibieron psicoterapia psicodinámica y 164 pacientes internados que tuvieron el mismo tipo de tratamiento. Los pacientes externos en psicoterapia psicoanalítica mostraron mejorías en 96% de los casos, comparado con el 64% que tuvieron el mismo resultado entre los pacientes internados. En el seguimiento a largo plazo, los pacientes que abandonaron el tratamiento antes de la terminación tuvieron peores resultados.
Interacción terapéutica y comunicación inconsciente Instituto Nathan S. Kline (R. Langs y A. Badalamendi) Se inicia en 1988	Estudios cuantitativos de la interacción terapéutica. Investigación psiquiátrica. Metodología sofisticada y prometedora.
Estudio de psicoterapias prolongadas en un Programa de Salud Pública <i>Instituto Karolinska de Estocolmo</i> R. Sandell Se inició en 1988	Se compararon cuatro grupos: <i>a)</i> pacientes que habían terminado un psicoanálisis convencional; <i>b)</i> pacientes que habían terminado una psicoterapia individual prolongada de una o dos sesiones por semana durante más de dos años; <i>c)</i> pacientes que habían terminado varios tipos de psicoterapias de baja dosis, tales como terapia de apoyo de baja frecuencia, terapia breve, terapia de grupo, terapia de pareja o familia. <i>d)</i> pacientes ► ►

	que no habían estado en ningún tipo de psicoterapia recientemente. El hallazgo más sorprendente fue la ausencia de diferencias entre el psicoanálisis, por un lado, y la psicoterapia prolongada, por otro, al término del tratamiento, pero la gradual aparición de una amplia diferencia entre ambos al momento del seguimiento (3-4 años).
Estudios de seguimiento de psicoterapias prolongadas. <i>Clínica Psicosomática de Heidelberg</i> (v.M. Rad, W. Senf, W. Bräutigam) Se inicia en 1990	Diseño de carácter clínico descriptivo (208 pacientes) en el cual se incluyeron todos los tipos de tratamientos: terapias combinadas individuales y grupales en pacientes tanto externos como internados, así como psicoterapias psicodinámicas y psicoanálisis realizados con pacientes ambulatorios. Se evalúa al final del tratamiento y en el seguimiento (a los 4 años), evaluación realizada por investigadores independientes. El psicoanálisis tuvo mejores resultados que la psicoterapia, pero los resultados tendieron a emparejarse en el seguimiento a los 4 años.
Proyecto SMBP – Estudio de los planes e intervenciones del terapeuta y su incidencia sobre el proceso terapéutico. <i>Universidades de Salamanca, U. C. Madrid, U. A. Barcelona</i> (A. Ávila, G. Gutiérrez, M. Mitjavila, J.Poch*) Se inicia en 1996 (*) Fallecido en 2002.	Estudio intensivo y extensivo de un caso único («María») con un tratamiento de psicoterapia psicoanalítica grabado (200 sesiones). Se estudia el Plan de acción latente del terapeuta; Intervenciones del terapeuta; Tema de central de conflicto en la relación; Ciclos de emoción, abstracción y actividad referencial, contenidos narrativos significativos, etc.

Anexo 1. Títulos de los estudios de investigación citados y sus correspondientes siglas

AFC1 - Estudios del Centro Anna Freud 1: El trabajo con la diabetes insulino-dependiente de inicio temprano

AFC2 - Estudios del Centro Anna Freud 2: Revisión de las Historias Clínicas de 765 Casos Tratados con Psicoanálisis o Psicoterapia

AFC3 - Estudios del Centro Anna Freud 3: Seguimiento a largo plazo de tratamientos analíticos de niños

AFC4 - Estudios del Centro Anna Freud 4: Comparación de Tratamientos Intensivos (5 sesiones por semana) y No Intensivos (una sesión por semana) de Adultos Jóvenes

AFC5 - Estudio del Centro Anna Freud 5: Estudio prospectivo de los resultados del psicoanálisis y la psicoterapia en niños

ASPR - Estudio de Amsterdam de registros de proceso

BAS - Estudio de Buenos Aires - Estudio empírico de una terapia psicodinámica exitosa de seis años de duración con una paciente anoréxica

BI - Estudio de Berlín I - El Informe Fenichel

BIIS - Estudio de Berlín II

BIIIA - Estudio de Berlín (III) (A) - Estudio multicéntrico de tratamientos de orientación psicoanalítica: La Alianza Terapéutica. Investigaciones de Proceso y Resultados de Terapias Psicoanalíticas

BIIIIB - Estudio de Berlín III (B) - Resultados de Terapias Psicoanalíticas

BIIIIC - Estudio de Berlín III (C) - La relevancia pronóstica de la alianza terapéutica desde la percepción de los terapeutas y los pacientes

BJS - Estudio Jungiano de Berlín: Sobre la efectividad y eficacia del psicoanálisis y la psicoterapia jungianos con pacientes ambulatorios -un estudio catamnésico

BPIS - Estudio del Instituto Psicoanalítico de Boston

BPSS - Estudio de Boston de Psicoterapia de la Esquizofrenia (BPSS)

CARR - Análisis Configuracional y Modelos de Relación de Roles

CCRT - Método del Tema Conflictivo Vincular Nuclear

CMT - Teoría del Control y Dominio el Método de Formulación de Planes

CURP - Proyecto de Investigación de la Universidad de Columbia

ECS - Estudio Europeo Colaborativo: estudio psicoanalítico europeo colaborativo sobre proceso y resultados

FRMS - FRAMES [Esquemas Emocionales Desadaptativos Repetitivos Fundamentales]

GPAS - Estudio de la Asociación Psicoanalítica Alemana - Efectos a Largo Plazo del Psicoanálisis y la Psicoterapia Psicoanalítica: un estudio de seguimiento representativo

HBS - Estudio de Heidelberg y Berlín: Estudio de Heidelberg y Berlín de la Práctica de la Terapia Psicoanalítica de Larga Duración

HSA - Estudio de Heidelberg (A): Estudio de la Clínica Psicósomática de Heidelberg- Estudio Naturalístico Prospectivo de Resultados y Seguimiento

HSB - Estudio de Heidelberg (B): Observaciones respecto a la relación dosis-respuesta

HSC - Estudio de Heidelberg (C): Resultados a largo plazo de las psicoterapias psicoanalíticas y el psicoanálisis: estudio de 53 entrevistas de seguimiento

LAES - Estudio Latinoamericano de Efectividad: Efectividad y Eficiencia de los Tratamientos Psicoanalíticos de Larga Duración y Alta Frecuencia Comparados con los Tratamientos de Larga Duración y Baja Frecuencia

LAS - El estudio de Los Angeles sobre los trastornos evolutivos referidos a la lectura

LPHS - Estudio del Hospital de Día de Londres

MCFO - Estudio de seguimiento de McLean

MCS - Estudio de la ciudad de Méjico: psicoterapia psicodinámica del trastorno borderline de personalidad

MCT - Teoría de los Múltiples Códigos y Ciclo Referencial

MNYS - Estudio colaborativo Munich-New York: tratamiento psicodinámico de los trastornos de personalidad borderline

MPDS - Estudio de Munich sobre la psicoterapia de la depresión - Comparación de los efectos del psicoanálisis y la psicoterapia

NPS - Estudio Prospectivo de Noruega

NSW - Estudio Prospectivo de Nuevo Gales del Sur sobre los Trastornos de Personalidad

NYPIS - Estudio del Instituto Psicoanalítico de Nueva York

OIS - Estudio de Oslo 1: Schjeldrup (1955) Un pionero de la combinación de cuestionarios y entrevistas de seguimiento

OIIS - Estudio de Oslo II: estudio de proceso y resultados en psicoanálisis

PPQS - El Q-set del proceso terapéutico y la investigación cuantitativa de casos únicos

PRP - Proyecto de Investigación en Psicoterapia de Menninger

SKIS - Estudio del Instituto Karolinska de Estocolmo. Seguimiento Repetido de Psicoterapias y Psicoanálisis de Larga Duración

SMBP - Proyecto Salamanca-Madrid-Barcelona sobre los efectos de los planes e intervenciones del terapeuta en los resultados terapéuticos de un caso tratado mediante psicoterapia psicoanalítica

SS - Estudio de Stuttgart: Estudio de Seguimiento del Hospital Psicoterapéutico de Stuttgart

SSEE - Estudio de Saarbrücken de la expresión emocional: proyecto de investigación del proceso terapéutico de múltiples canales

THPS - Estudio de Psicoterapia de Helsinsky (THPS)

TKS - Estudio de Constanza - Estudio del Informe Alemán de los Consumidores

TRIP - Proyecto Menninger sobre Intervenciones Terapéuticas

TSFC - Estudio de la Clínica Tavistock de Niños Adoptados o en Hogares Sustitutos

USD - Estudio de Ulm sobre los sueños: sumatoria de casos únicos

Capítulo 15

LEGADOS PSICODINÁMICOS

Begoña Rojí, Luis Ángel Saúl y Antonio Contreras

Guión-Esquema

Objetivos

1. Introducción: Factores comunes de los tratamientos psicológicos
2. Relación terapéutica y cambio de actitudes
3. Operativización de la relación terapéutica
4. Aportaciones psicodinámicas al eje interactivo: la relación terapéutica
 - 4.1. Transferencia
 - 4.2. Contratransferencia
 - 4.3. Alianza terapéutica
 - 4.4. Apoyo social y experiencia emocional correctiva
5. Aportaciones psicodinámicas al eje cognitivo: la interpretación
6. Aportaciones psicodinámicas al proceso terapéutico: la resistencia

Resumen y conclusiones

Bibliografía básica y Lecturas recomendadas

Actividades

Ejercicios de autoevaluación

Palabras clave

Aportaciones psicodinámicas, transferencia, contratransferencia, alianza terapéutica, experiencia emocional correctiva, interpretación, resistencia.

GUIÓN-ESQUEMA

En este capítulo vamos a estudiar las aportaciones de los tratamientos psicodinámicos al panorama global de la psicoterapia actual. Estas aportaciones recaen sobre la identificación y valoración empírica de algunos factores comunes.

Comenzaremos realizando un repaso general de las peculiaridades de los factores comunes de los tratamientos psicológicos, para centrarnos a continuación en la importancia de la relación terapéutica como factor necesario que pone en marcha mecanismos genéricos de cambio psicológico.

Seguidamente se presenta una operativización de la relación terapéutica que servirá como punto de partida para revisar el sustancial legado del modelo psicodinámico a la psicoterapia actual, relacionado con diversos aspectos de la relación y el proceso terapéuticos. Comenzaremos presentando las aportaciones al conocimiento y manejo de la relación terapéutica en la descripción de los fenómenos de *transferencia*, *contratransferencia*, *alianza terapéutica* y *experiencia emocional correctiva*. A continuación revisamos la aportación al eje cognitivo desde la noción de la *interpretación* y finalmente pasamos a estudiar la aportación psicodinámica al proceso terapéutico desde su noción de *resistencia*.

OBJETIVOS

Al finalizar el estudio de este capítulo, el lector/a debería ser capaz de:

1. Conocer y diferenciar los factores comunes de naturaleza estructural de los tratamientos psicológicos.
2. Comprender la importancia de la relación terapéutica dentro del proceso psicoterapéutico.
3. Captar y reconocer el alcance de las aportaciones psicodinámicas a la concepción actual de la relación terapéutica.
4. Manejar los conceptos de transferencia y contratransferencia, conocer los intentos de operativización de los mismos, así como identificar tales fenómenos.
5. Reconocer la importancia del apoyo social y la vivencia de una experiencia emocional correctiva tiene en el paciente, dentro del proceso de cambio y curación.
6. Comprender el concepto de interpretación y el manejo eficaz de la misma.
7. Entender el concepto de resistencia, su concepción inicial y sus modificaciones.

1. INTRODUCCIÓN: FACTORES COMUNES DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Como tuvimos oportunidad de ver en el *Capítulo 1*, los tratamientos psicológicos constituyen tanto productos como procesos culturales, que tienen entre sus funciones reforzar dogmas culturales particulares, constituyéndose en agentes de socialización.

Aunque Rosenzweig ya había llamado la atención en los años treinta sobre la necesidad de distinguir entre los factores que son considerados activos en un determinado tratamiento psicológico, y los factores que de hecho son activos en esa forma de tratamiento, no será hasta la publicación en 1961 del libro de Jerome Frank *Persuasión y Psicoterapia*, que se establezca la primera explicación del cambio terapéutico entroncada con el marco sociocultural en que tiene lugar.

En esta obra, Frank, influenciado por las concepciones del psicólogo social Kurt Lewin, analizó las peculiaridades de los tratamientos psicológicos en las sociedades primitivas, las características del efecto placebo en los tratamientos médicos y psicológicos, los fenómenos de conversión religiosa y de lavado de cerebro y los datos experimentales disponibles en la época sobre conducta verbal y cambio de actitudes. Esta propuesta inicial de Frank fue consolidada por posteriores estudios de psiquiatría comparada para, tras ser ampliamente debatida durante los años 80, acabar integrándose en las actuales teorías de los factores comunes del cambio terapéutico (Kleinke, 1998).

Al considerar conjuntamente las formas de tratamiento psicológico habituales en las sociedades no industrializadas y las distintas ofertas terapéuticas vigentes en el occidente industrializado, Frank distinguió cuatro factores comunes de naturaleza estructural:

- a) **La relación interpersonal** que se establece entre paciente y terapeuta. Se trata de una relación asimétrica, marcada por el hecho de

que el paciente es una persona con una fuerte necesidad de ayuda y el terapeuta alguien en condición de ayudarlo. Para que el paciente confíe sus dificultades a su interlocutor es necesario que le perciba como alguien competente que desea ayudarlo. La competencia del terapeuta queda justificada por su formación como profesional y por sus comportamientos como experto cuando atiende al paciente, mientras que su interés por ayudar se manifiesta en la actitud de aceptación y respeto hacia el paciente con independencia de cuáles sean sus dificultades. La confianza del terapeuta como fuente de ayuda tiene su base en el crédito que él mismo concede a los conocimientos adquiridos con esfuerzo a lo largo de su formación profesional.

- b) ***El escenario donde tiene lugar el tratamiento.*** Desde siempre el hombre ha especificado los límites y las características del ámbito físico en que se realiza la terapia. El hecho de que la cultura reserve un espacio, sea un templo, un hospital o un moderno despacho para el desarrollo de los tratamientos psicológicos, constituye un factor importante en la generación de expectativas de curación del paciente. Además, ofrece a este la posibilidad de ensayar en él nuevas conductas, sin necesidad de verse inmediatamente responsabilizado por las consecuencias de sus ensayos.
- c) ***El mito*** o explicación de las dificultades que aquejan al paciente. Dicha explicación, para que pueda ser aceptada por éste, ha de ser congruente con su visión del mundo, pues una de las formas en que necesariamente el terapeuta ha de probar su pericia profesional consiste en ofrecer al paciente una explicación de las dificultades que le aquejan y de la forma en que puede liberarse de ellas. Dicha explicación sólo podrá ser aceptada por el paciente si es congruente con la visión del mundo de éste; por lo tanto, paciente y terapeuta tienen que compartir una visión del mundo que actúe como punto de referencia común. Puesto que la función de la explicación ofrecida al paciente tiene como función satisfacer sus necesidades atributivas, lo significativo de tal explicación no es su veracidad, sino su verosimilitud. Para el terapeuta se trata, por tanto, de recurrir a un marco explicativo no refutable por el paciente y, en este sentido, a un marco explicativo mítico. De acuerdo con Frank, este factor común de los tratamientos psicológicos estaría en la base de las rigideces y los dogmatismos que, con tanta frecuencia, han jalonado la historia de la psicoterapia. Porque las teorías explicativas de la enfermedad y la curación, al tiempo que tranquilizan a los pacientes ofreciéndoles una visión coherente de

sí mismos, constituyen un importante nexo de cohesión grupal entre los terapeutas, ya que permite que estos puedan atribuir buena parte de su competencia profesional a la bondad y exactitud de sus explicaciones.

- d) ***El ritual*** o conjunto de acciones prescritas por la teoría como vía ineludible para conseguir la curación. Es característico de estos cursos de acción prescritos que exijan el esfuerzo del paciente y conlleven la participación activa de éste en el proceso de cambio. Tales procedimientos son presentados por el terapeuta como la serie adecuada de pasos a seguir para que el paciente se libere de sus síntomas, mediante acciones de naturaleza manipulativa, verbal y/o emocional.

Por otra parte, en lo concerniente a los tratamientos psicológicos, el siglo XX se ha caracterizado por el surgimiento de diversas formas de intervención. Este hecho tuvo como consecuencia que, durante varias décadas, las distintas psicoterapias compitieran entre sí, en ocasiones, en el marco de agrias disputas. Sin embargo, el panorama comenzó a cambiar significativamente en los años 80, en parte, como consecuencia de los resultados obtenidos con metodología metanalítica por las investigaciones sobre eficacia (Orlinsky y Russell, 1994), ya que estos no permitían descartar por ineficaz ninguna línea de intervención (Luborsky et al. 1999) y, en parte, por el impacto sobre la actividad psicoterapéutica del mestizaje como valor cultural en alza.

Así, en los últimos 25 años han ido perfilándose seis estrategias de afrontamiento de la pluralidad psicoterapéutica:

- a) Mejorar la aplicación en cada nivel de análisis, de los recursos metodológicos disponibles para la investigación en psicoterapia (Russell, 1994).
- b) Identificar en qué consisten y como actúan los factores comunes (Kleinke, 1998), ya que la parte de la varianza del cambio de que son responsables se sitúa, según los autores entre el 30% y el 57 % (Lambert, 1992; Horvath y Luborsky, 1993). Identificar las condiciones de eficacia de ciertos procedimientos de intervención (Janowsky, 1999a) y ciertas habilidades terapéuticas (Hill, 2001).
- c) Identificar qué técnicas y habilidades terapéuticas específicas funcionan mejor para trastornos muy concretos (Nathan, Gorman y Sanlkind 2002; Labrador et al. 2003).
- d) Búsqueda de consenso respecto a qué conceptos y estrategias de cada propuesta resultan más útiles para un rango amplio de problemas (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001).

- e) Integración en el propio hacer y en los programas de formación de terapeutas de los procedimientos y estrategias consensuados como útiles (Beitman y Yue, 1999; Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002).

En este contexto, el grueso de las aportaciones de los tratamientos psicodinámicos al panorama global de la psicoterapia actual recae sobre la identificación y valoración empírica de algunos factores comunes. En otras palabras, los tratamientos psicodinámicos son origen de un sustancial legado relacionado con diversos aspectos de la relación y el proceso terapéuticos.

2. RELACIÓN TERAPÉUTICA Y CAMBIO DE ACTITUDES

Como vimos en el *Capítulo 1*, considerar la psicoterapia con criterios antropológicos permite distinguir cuatro factores comunes de naturaleza estructural: el escenario, la relación, la explicación o mito y las acciones prescritas o ritual. Y si durante el siglo XX las opciones explicativas y prescriptivas han sufrido una notable diversificación, el escenario y la relación, en cambio, han tendido a uniformizarse.

Asimismo, vimos entonces que la tipificación de la psicoterapia como actividad profesional relacionada con la atención sanitaria circunscribe su práctica actual a los consultorios habilitados en las sedes físicas de ciertas instituciones y a los consultorios privados de profesionales debidamente acreditados. En cambio, durante la pasada centuria la relación terapéutica ha sido objeto de amplios debates e investigaciones protagonizados mayoritariamente por los tratamientos psicodinámicos y los humanistas.

Ahora bien, para poder comprender el alcance de las aportaciones de ambas líneas a la concepción actual de la relación terapéutica es necesario que antes profundicemos en la naturaleza de este factor común. Porque cuando un paciente busca ayuda terapéutica presenta siempre dos tipos de problemas; uno, aquel que constituye el motivo de la consulta; otro, el que Frank (1961) denominó estado de desmoralización.

El estado de desmoralización característico del paciente que acude a tratamiento puede definirse como un sentimiento de incompetencia subjetiva acompañado de malestar, provocado por el hecho de estar enfrenándose a dificultades —aquellas que constituyen el motivo de consulta— que no sabe cómo afrontar con éxito. Por ello, la desmoralización suele cursar con pérdida de autoestima, alienación, desesperanza o sentimien-

to de que nadie le puede ayudar, e indefensión o sentimiento de que otras personas podrían ayudarlo pero no quieren hacerlo. A su vez, este estado mental suele estar agravado frecuentemente por confusión cognitiva en relación con el significado de los síntomas y/o por sensación de pérdida de control e incluso miedo a volverse loco.

Frente a este estado, la labor del terapeuta consiste sin duda en proporcionar al paciente recursos con los que poder solucionar los problemas que motivan la consulta. Sin embargo, para que tales recursos puedan ser eficaces es preciso que, simultáneamente —y en ocasiones de forma previa— el terapeuta ayude al paciente a superar su desmoralización.

En este sentido, las características de la relación terapéutica propuestas por Rogers resultan de importancia capital, pues el propio establecimiento de una relación interpersonal en el contexto social adecuado, esto es, en el entorno físico, explicativo y prescriptivo sancionado como terapéutico en la cultura a que pertenecen paciente y terapeuta, pone en marcha los siguientes mecanismos genéricos de cambio psicológico:

1. **Combatir la sensación de alienación** del paciente mediante el soporte emocional que el terapeuta brinda al paciente. Esta función de la relación terapéutica resulta fundamental, tanto al inicio del tratamiento, como en aquellas etapas del mismo en las que parece no estar sucediendo nada nuevo.
2. **Inspirar y mantener las expectativas de ayuda** del paciente, pues la anticipación que éste hace respecto a la resolución de sus problemas, además de promover su asistencia a las sesiones, le ayuda a reconsiderar la magnitud de sus problemas y, en consecuencia a incrementar su moral.
3. **Proporcionar nuevas experiencias de aprendizaje.** Los nuevos aprendizajes fortalecen la moral del paciente al ayudarlo a descubrir formas alternativas de considerarse a sí mismo y a sus problemas mediante el desarrollo de valores alternativos. En este punto Frank destaca que la mejoría del paciente suele coincidir con la evolución de los valores de éste hacia valores congruentes con los valores del terapeuta.
4. **Activar las emociones.** En términos generales la activación emocional tiende a tener efectos desorganizativos en el paciente, esto facilita su dependencia del tratamiento y su responsividad ante las demandas de cambio del terapeuta. Más concretamente, la activación emocional parece actuar en tres sentidos. Por una parte,

proporcionaría la motivación necesaria para realizar los esfuerzos que conlleva todo cambio de actitudes y conducta; por otra parte favorecería el cambio de actitudes dejando al paciente en una posición más vulnerable a la persuasión y, por último, intensificaría la sensibilidad del paciente ante las influencias ambientales.

5. **Fortalecer la autoeficacia del paciente.** La incapacidad para controlar los propios sentimientos, pensamientos o impulsos afecta negativamente a la autoestima y, en este sentido, es un importante factor de desmoralización. Además, el sentimiento de pérdida de control favorece la aparición y el incremento de emociones que, como la ansiedad, agravan y son agravadas por los síntomas y dificultades concretos por los que el paciente busca tratamiento. De acuerdo con Frank, todas las psicoterapias refuerzan la sensación de autoeficacia del paciente al menos de dos maneras. Una, proporcionándole un esquema conceptual que etiqueta y explica sus síntomas y aporta racionalidad al programa de tratamiento y, otra, dando al paciente oportunidades de éxito. Así, las interpretaciones y las conductas exitosas que el paciente puede atribuir a factores que están bajo su control constituyen una vía fundamental para restaurar la autoestima del paciente y, en consecuencia, su moral.
6. **Proporcionar oportunidades para la práctica.** Todas las psicoterapias proporcionan al paciente oportunidades e incentivos para que este internalice y refuerce las ganancias terapéuticas mediante repetición de los nuevos repertorios de conducta, tanto dentro de las sesiones como fuera de ellas.

Por otra parte, y con independencia del motivo de consulta y de la línea de intervención del terapeuta, la psicoterapia constituye un proceso de influencia interpersonal encaminado a modificar las actitudes y los presupuestos implícitos que el paciente tiene sobre el mundo y sobre sí mismo. Es decir, considerados desde un nivel de análisis macromolecular —como actividades culturales—, los tratamientos psicológicos constituyen procesos de persuasión —cambio de actitudes— que se articulan en torno a la relación paciente terapeuta. Y si bien en las terapias más directivas esta dimensión persuasiva de la relación terapéutica resulta obvia en el empleo de por parte del terapeuta de técnicas como la exhortación o la argumentación, en aquellas otras terapias, como las psicodinámicas, humanistas y constructivistas, en las que el tratamiento gira en torno a las evocaciones del paciente, resulta más fácil identificar con Frank (1961) los siguientes mecanismos persuasivos:

- a) **Modelado e identificación.** La asimetría que caracteriza la relación terapéutica genera en el paciente la aparición de conductas imitativas e identificativas respecto a las conductas propuestas por el terapeuta. Este proceso se ve reforzado por el hecho de que la conducta del terapeuta constituye un modelo de flexibilidad y tolerancia al mismo tiempo que una invitación para que el paciente aborde su situación de acuerdo con dicho modelo.
- b) **Neutralidad aparente.** En las psicoterapias evocativas el terapeuta se presenta a sí mismo como una persona neutral. Esto es, como alguien que no opta por estrategias de persuasión explícitas, sino que por el contrario manifiesta sus opiniones y presenta sus sugerencias amparándose en la objetividad de la ciencia, en el peso social de la intersubjetividad y/o en niveles relativamente altos de ambigüedad. Esta forma de autopresentación confiere al terapeuta un mayor nivel de credibilidad y poder social, lo que para el paciente significa una mayor vulnerabilidad a la persuasión frente a las sugerencias de su interlocutor.
- c) **Exploración del pasado.** La revisión más o menos sistemática del pasado de un individuo constituye una tarea necesariamente subjetiva y parcial y, en cuanto a los efectos que produce, ha de considerarse desde dos vertientes distintas: la cognitiva y la emocional. En lo cognitivo la exploración del pasado permite la justificación de las situaciones actuales y favorece el cambio de la autoimagen, ya que ésta depende de la interpretación de las experiencias pasadas. Dicho de otra manera, para que un paciente desmoralizado pueda verse a sí mismo de una manera distinta es necesario que modifique su visión de aquella parte de su historia personal que resulte significativa de cara a sus dificultades actuales. En lo emocional, la revisión del pasado favorece la liberación de las emociones negativas y la mayor integración del paciente en el grupo social. Este último fenómeno se asienta en el hecho de que el terapeuta es un representante de la sociedad, cuyas actitudes de respeto e imparcialidad tienden a ser interpretadas por el paciente como un indicio de aceptación.
- d) **Las interpretaciones.** El papel fundamental de las interpretaciones consiste en modificar las cogniciones del paciente al ofrecerle alternativas plausibles de considerar sus problemas. Es decir, las interpretaciones constituyen poderosos recursos de reestructuración cognitiva. A este respecto, deben considerarse verbalizaciones interpretativas no solamente las que contienen explicaciones causales sofisticadas, como es el caso de las interpretaciones psicodi-

námicas, sino también todas aquellas de naturaleza no directiva que, como la paráfrasis y el reflejo de los sentimientos implican la referencia solapada a un marco hermenéutico general. El valor persuasivo de esta clase de intervenciones viene dado porque:

- Explican y dan sentido a experiencias confusas y amenazantes, lo que trae consigo la disminución de la sensación de pérdida de control y de la ansiedad del paciente.
- Incrementan la percepción que el paciente tiene del terapeuta en cuanto experto, ya que al ofrecer una interpretación el terapeuta está demostrando su conocimiento de la técnica y de la problemática del paciente. Esta circunstancia refuerza las expectativas del paciente.
- Las interpretaciones, por elementales que sean, constituyen una forma de refuerzo diferencial ante las verbalizaciones del paciente, de manera que el contenido de éstas queda sujeto de una manera muy sutil a las metas que gobiernan la actividad verbal del terapeuta.
- Afectan diferencialmente la activación del paciente, pues cuando transmiten la fe del terapeuta en las capacidades del paciente refuerzan la autoconfianza de éste, mientras que cuando se refieren a maniobras defensivas empleadas por el paciente incrementan la tensión y la ansiedad experimentada por éste.
- Por último, las interpretaciones constituyen el vehículo de transmisión de la filosofía de vida del terapeuta y es característico de esta filosofía, cualquiera que sea su contenido concreto, que dispone de explicaciones que dan sentido a los sufrimientos del paciente, dejando a su vez abierta la puerta a la esperanza.

3. OPERATIVIZACIÓN DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

La relación terapéutica constituye un fenómeno complejo caracterizado por la asimetría y organizado en torno al intercambio de información verbal y no verbal, dentro de un contexto y con unos objetivos genéricos pautados culturalmente. Por ello, la complejidad de las transacciones entre sus protagonistas puede ser abordada desde distintos niveles de análisis y con criterios similares a los empleados habitualmente para estudiar otras formas de relación interpersonal igualmente asimétricas y pautadas culturalmente (Rojí y Sanjuán, 2000). Así, por ejemplo, las

transacciones terapéuticas pueden ser categorizadas de acuerdo con diversos criterios, los cuales, a su vez, pueden representarse como ejes relacionados ortogonalmente. Estos criterios son:

- **Eje afectivo:** Permite estudiar los recursos activados por el terapeuta con objeto de ofrecer al paciente la oportunidad de desarrollar con él un vínculo facilitador del cambio terapéutico. Debido al impacto de la obra de Rogers, se considera que *calidez*, *empatía* y *autenticidad* constituyen las categorías principales de este eje.
- **Eje interactivo:** Permite dar cuenta de los aspectos vinculares de una relación atendiendo a aspectos como el impacto de *la percepción interpersonal* (autoimagen, expectativas, valores, sexo, raza), *la profundidad de la relación* (transferencia y contratransferencia) y *su calidad* (alianza terapéutica). Esta dimensión ha sido estudiada tanto desde la óptica del paciente como desde la del terapeuta.
- **Eje cognitivo:** Hace referencia al impacto generado sobre la cognición del paciente, por las modalidades enunciativas con que se abordan los contenidos tratados en las sesiones. Pertenecen a esta dimensión los llamados tipos de *verbalizaciones del terapeuta*, así como todas aquellas categorías que permiten analizar los enunciados verbales del paciente. Aunque tradicionalmente desde este eje se ha enfatizado la actividad comunicativa de aquel, existe un interés creciente por la categorización de las verbalizaciones del éste (Hill et al. 2001).
- **Eje vivencial:** Se centra en lo que los distintos aspectos de la relación, a lo largo del tiempo que esta dura, acaban significando para sus participantes, de cara a la solución de sus problemas. Pertenecen a esta dimensión fenómenos tales como *la experiencia emocional correctiva*, y *el impacto del soporte social y la movilización emocional*. Dada la naturaleza profesional y asimétrica de la relación terapéutica, esta dimensión sólo suele considerarse desde el punto de vista del paciente.
- **Eje estructural:** Se refiere al grado en que el objetivo de la relación predetermina el flujo y el tipo de transacciones entre los participantes. Dan cuenta de esta dimensión las categorías *directivo*, *no directivo*. Esta dimensión suele considerarse sólo desde el comportamiento del terapeuta y, en gran medida, asociada a su elección de modelo terapéutico.
- **Eje jerárquico:** Recoge toda la información relativa al desempeño de rol de los participantes en la relación y estudia variables como *la*

distancia social, el autoritarismo o la implicación de los participantes en actividades colaborativas. Como la estructural, esta dimensión también suele estudiarse sólo desde la perspectiva del terapeuta, así como desde las pautas impuestas por los modelos teóricos.

4. APORTACIONES PSICODINÁMICAS AL EJE INTERACTIVO: LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Antes de exponer las principales aportaciones psicodinámicas al conocimiento de la relación terapéutica, es necesario tener en cuenta que, como destaca Coderch (2001), el grueso de tales contribuciones procede de las distintas escuelas del pensamiento psicoanalítico, las cuales han tendido a abordar el tema desde la óptica de teorías concretas como la kleiniana, la psicología del yo, la psicología del self, etc. De hecho, los psicoanalistas sólo se han centrado en el estudio de la relación terapéutica como tal a partir de finales de los años 80. Por ello, no ha de extrañar que entre las definiciones iniciales de ciertos conceptos y sus operativizaciones más recientes medien diferencias ocasionalmente significativas.

Inicialmente, las aportaciones psicodinámicas al eje interactivo de la relación terapéutica se concretaron en dos aspectos. Uno, referido a la profundidad de la relación y, más concretamente, a la transferencia y la contratransferencia; y otro, relativo a la calidad de la relación, esto es, a la alianza terapéutica. Sin embargo, durante el último tercio del siglo XX, un número creciente de terapeutas psicodinámicos se han interesado por aspectos de la relación terapéutica que, como el clima de seguridad, el respeto y la empatía, fueron inicialmente estudiados por los terapeutas humanistas. En este sentido cabe destacar aportaciones como las de Strupp y Binder (1993) (véase *Capítulo 10*) o las de Schafer (1993) (véase *Capítulo 11*).

4.1. Transferencia

Como quedó explicado en el *Capítulo 9*, el término transferencia fue propuesto por Freud para referirse al hecho de que los pacientes tienden a repetir en su relación con el terapeuta ciertos comportamientos característicos de algunas de las relaciones que en el pasado fueron significativas para ellos. O, por decirlo con palabras de Laplanche y Pontalis (1981) la ortodoxia psicoanalítica concibe la transferencia como *una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de*

actualidad. Sin embargo, actualmente la transferencia suele entenderse en un sentido más amplio, a saber, como una reacción del paciente ante el terapeuta *con deseos e intenciones desarrolladas con personas significativas en el pasado y en el presente* (Beitman y Yue, 1999). En cualquier caso, los terapeutas psicodinámicos asumen que la transferencia es un fenómeno que se produce con todos y cada uno de sus pacientes y que la comprensión e interpretación del significado inconsciente de este fenómeno permite prevenir y sanar brechas en la relación terapéutica, además de facilitar la comprensión del mundo interno del paciente. Ya que, precisamente porque la transferencia refleja las actitudes interpersonales, deseos, intenciones y conflictos no resueltos, pasados o presentes del paciente, proporciona al terapeuta la oportunidad de observar, entender e incluso experimentar los problemas del paciente, al igual que las reacciones que otros podrían haber tenido del paciente. Así, la comprensión de la transferencia permite al terapeuta ayudar al paciente a distanciarse respecto de su patrón transferencial disfuncional; lo cual, a su vez, incrementa el autoentendimiento e *insight* del paciente.

Inicialmente, la transferencia fue categorizada por Freud en 1912 tomando como criterio la naturaleza de los sentimientos del paciente. Así, habló de **transferencia positiva** para referirse a los sentimientos positivos, distorsionados e irrealistas del paciente hacia el terapeuta, tales como amor, adoración, fantasías sexuales, gratificación excesiva, cuidado excesivo, sobredependencia y deseo de una intensa intimidad. En contraposición, definió **la transferencia negativa** como las respuestas negativas, distorsionadas e irrealistas del paciente hacia el terapeuta, tales como agresión, envidia, hostilidad o devaluación.

En cuanto a la manera de abordarlas, Freud recomendó centrarse en la transferencia negativa e ignorar la positiva, ya que la primera interfiere de manera obvia con el proceso de terapia, mientras que la última puede encontrarse con las necesidades y deseos del terapeuta. Por ejemplo, cuando el paciente no cree al terapeuta, éste puede explorar la causa de la desconfianza con la intención de activar el proceso terapéutico. Cuando el paciente es sobredependiente o expresa amor hacia el terapeuta, éste puede disfrutar de la atención y admiración y no estar interesado en explorar el significado del comportamiento del paciente.

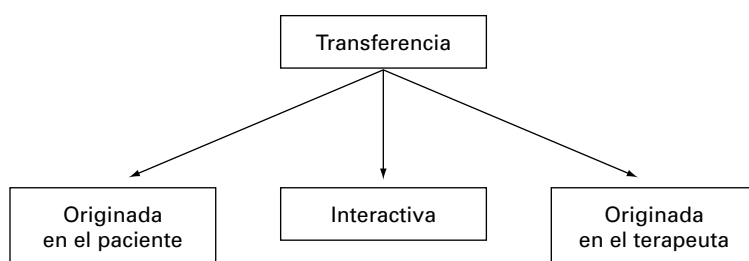
Sin embargo, a partir de las aportaciones de Sullivan, Kohut y Winnicott (véase *Capítulos 5 y 6*) y con las presiones sociales y culturales posmodernas como telón de fondo, cada vez son más los psicoanalistas que rechazan el modelo tradicional de distribución de roles en el tratamiento psicoanalítico. Con ello, el tradicional modelo de relación psicodinámica donde el terapeuta era un adulto sano y conocedor de la reali-

dad y el paciente un niño enfermo cuyos errores y distorsiones debían ser rectificadas por aquel, ha ido dejando paso a una relación paritaria aunque asimétrica en cuyo seno lo transferido deja de ser una distorsión para convertirse en una construcción plausible en el contexto interactivo del que surge; es decir, en una experiencia nueva cuya comprensión ofrece la oportunidad de reparar el impacto de un desarrollo alterado (Cordech, 2001).

Así, Beitman y Yue (1999) tendiendo a su origen, categorizan la transferencia de la siguiente manera:

- **Transferencia originada en el paciente.** Consiste en aquellas conductas mediante las que el paciente intenta influenciar al terapeuta para entrar en un rol consistente con modelos de relación desarrollados con otras personas.
- **Transferencia originada en el terapeuta.** Se refiere al desencadenamiento de la transferencia del paciente a través de las propias necesidades, deseos y conflictos no resueltos del terapeuta. En otras palabras, los propios problemas psicológicos del terapeuta causan, facilitan e inician los deseos e intenciones distorsionadas e irracionales del paciente hacia el primero.
- **Transferencia interactiva** es una forma relativamente rara; implica una interacción continua entre las necesidades interpersonales del terapeuta y las del paciente.

Cuadro resumen. Categorización de la transferencia



Por último, una de las contribuciones más interesantes relacionadas con la transferencia se debe a Luborsky quien en 1977 y 1990 se propuso evaluar empíricamente, tanto las conductas transferenciales del paciente, como la capacidad del terapeuta para reconocerlas y formular intervenciones interpretativas correctas referidas a ellas. Posteriormente, la operativización de Luborsky fue desarrollada como instrumento para evaluar clínicamente los patrones repetitivos en las relaciones. Este último pro-

cedimiento se denomina CCRT, en inglés *Core Conflictual Relationship Theme* —en castellano se ha traducido como *Tema Central de Conflictos en la Relación*— y su objetivo consiste en la identificación del motivo temático en torno al cual se organizan los conflictos interpersonales de los pacientes tratados individualmente.

El CCRT se basa en ciertos datos empíricos de naturaleza psicolingüística (Poch y Ávila, 1998). De acuerdo con ellos, las narraciones de cualquier individuo contienen representaciones de sus experiencias de interacción específicas. Dichos datos indican igualmente que las repeticiones que se aprecian dentro de tales narraciones constituyen una representación de la estructura de las relaciones sujeto-objeto que han sido importantes para el individuo en cuestión. Puesto que este planteamiento es congruente con la posición psicoanalítica clásica, según la cual la parte más variable de un impulso es el objeto, puesto que la persona en el fondo siempre trata de satisfacer sus deseos con distintos objetos y en situaciones distintas, Luborsky aplicó el estudio estructural de las narraciones al análisis de las verbalizaciones de los pacientes. Así, lo significativo en las narraciones del paciente de cara a identificar la transferencia pasa a ser, no el contexto, es decir, lo que varía, sino lo que se mantiene estable en sus relatos: las propiedades estructurales.

El CCRT utiliza como material las transcripciones de las sesiones clínicas. Sin embargo, no se trabaja con todas las verbalizaciones del paciente, sino con ejemplos específicos de interacciones con otra persona concreta en un determinado contexto. Cada uno de estos ejemplos recibe el nombre de Episodio Relacional (ER). A su vez, dentro de cada episodio se analizan tres elementos:

1. **Deseo (D):** ¿Qué quiere el paciente? Se trata de deseos, necesidades o intenciones expresadas por el sujeto.
2. **Reacción del objeto (RO):** ¿Cómo reaccionan las demás personas?
3. **Reacción del sujeto (RS):** ¿Cómo reacciona el propio paciente?

No se ha investigado en profundidad la consistencia del CCRT en los episodios de relación con diferentes objetos y en contextos específicos, aunque sí se ha demostrado (Poch y Ávila, 1998) que existe un cierto grado de variabilidad. Estos resultados permiten concluir que el CCRT es una representación del repertorio de relaciones de un paciente, si bien, la precisión de dicha representación aumenta con el incremento del número de episodios analizados.

4.2. Contratransferencia

La contratransferencia fue definida por Freud como la reacción emocional del analista a la transferencia del paciente. Freud entendió la contratransferencia como un proceso que interfería en el proceso de terapia y, por ello, propuso que los analistas se sometiesen a un análisis similar al que practicaban con sus paciente, con objeto de minimizar aquellos conflictos no resueltos que les estuvieran haciendo vulnerables a la transferencia de sus pacientes. Como señalan Laplanche y Pontalis (1981), con el paso del tiempo, la contratransferencia ha ido mereciendo una atención creciente por parte de los psicoanalistas, y actualmente se encuentran entre ellos diferencias significativas en la forma de entender este concepto. Porque mientras para algunos la contratransferencia sigue consistiendo en los procesos inconscientes que la transferencia del analizado provoca en el analista, para otros la contratransferencia es todo lo relacionado con la personalidad del terapeuta que puede intervenir en el proceso terapéutico.

En cualquier caso, la significación de la contratransferencia viene dada por el hecho de que el objetivo final de la terapia consiste en ayudar al paciente en su propio crecimiento personal. Sin embargo, como señalan Beitman y Yue (1999), la capacidad para ayudar al crecimiento de otros depende en buena medida del grado de crecimiento propio.

Más concretamente, identificar y analizar su contratransferencia resulta importante para el terapeuta porque:

- a) Facilita la comprensión del efecto que tienen sobre él los comportamientos del paciente. A su vez, esa comprensión le ayuda a mantener una posición neutral respecto a la problemática del paciente.
- b) Amplía su capacidad de autoobservación, autoexamen y autocontrol, ya que la habilidad para explorar sus conflictos no resueltos, así como sus deseos, necesidades y dificultades interpersonales incrementa su sensibilidad frente a sus propios pensamientos, sentimientos y conductas.

Al igual que en el caso de la transferencia, Beitman y Yue (1999) tomando el origen como criterio, categorizan la contratransferencia como contratransferencia originada en el paciente, contratransferencia originada en el terapeuta y contratransferencia interactiva. Sin embargo, estos autores aclaran que, en la práctica, ninguna manifestación contratransferencial puede ubicarse exclusivamente dentro de una de estas tres categorías, sino que el encaje en ellas es cuestión de grado.

Cuadro 1. Indicios de transferencia y contratransferencia (Beitman y Yue, 1999)

Transferencia	Contratransferencia
Inapropiados o excesivos: <i>Sentimientos</i> tales como rabia, hostilidad, sentirse dolido, envidia, desconfianza, apreciación excesiva, pre-ocupación y atracción erótica. <i>Conductas</i> tales como llamar al terapeuta a casa, pedir al terapeuta verle fuera del despacho, pedir al terapeuta información personal excesiva, escribir cartas de amor al terapeuta, o criticar excesivamente al terapeuta. <i>Pensamientos y fantasías</i> tales como tener una familia e hijos con el terapeuta, llegar a ser un colega del terapeuta, soñar con el terapeuta. <i>Reacciones de resistencia.</i> Algunas de las cuales pueden sugerir transferencia.	Inapropiados o excesivos: <i>Sentimientos</i> tales como rabia, irritación, ansiedad, culpa, miedo, estimulación sexual, decepción, vergüenza. <i>Conductas</i> tales como preparar encuentros para conocer al paciente, criticar o tranquilizar y dar seguridad excesivamente al paciente, presumir ante otro terapeuta de los sucesos de su paciente, mofarse de los pacientes, pedir favores al paciente, intentar impresionar al paciente, mantenerse excesivamente en silencio, reducir o no cobrarle las sesiones, rechazar la discusión de las violaciones de los límites del paciente. <i>Pensamientos y fantasías</i> tales como fantasías con implicación sexual, de romance, de ser mejores amigos, de hacer un viaje juntos, soñar con el paciente.

A. **Contratransferencia originada en el paciente.** Consiste en la reacción del terapeuta a la transferencia del paciente; es decir, en las reacciones distorsionadas de aquel ante los deseos e intenciones del este. A su vez, tales distorsiones pueden ser de naturaleza concordante o de naturaleza complementaria.

1. En la **contratransferencia concordante**, el terapeuta experimenta un conjunto de afectos que se parecen o son idénticos a la experiencia actual del paciente. El paciente comunica inconscientemente al terapeuta lo que está experimentando y el terapeuta recoge esa información también de manera inconsciente. En principio esta modalidad de comunicación parece misteriosa, ya que ninguno de los participantes actúa

de manera intencional. Sin embargo, el terapeuta experimenta esa información como un conjunto no familiar de sentimientos y sentimientos o imágenes. Por eso, esta modalidad de contratrtransferencia puede ser entendida como una forma de «empatía inconsciente». Por ejemplo, un terapeuta que de repente siente una pena extraordinaria puede estar experimentando un sentimiento escondido detrás de verbalizaciones del paciente aparentemente libres de carga emocional.

2. En la ***contratrtransferencia complementaria***, en cambio, el terapeuta se siente impulsado a asumir un rol que corresponde a las intenciones interpersonales de paciente, cuando el paciente intenta influenciarle para que desempeñe un rol específico en la relación. Generalmente, cuando se produce una contratrtransferencia complementaria, el paciente no es consciente de lo que intenta o desea del terapeuta. Por ejemplo, un terapeuta que se siente denigrado, ineficaz, e inconsecuente podría estar completando un rol creado por un paciente controlador y arrogante.

B. Contratrtransferencia originada en el terapeuta. Como el paciente, el terapeuta entra en la relación psicoterapéutica con sus dificultades interpersonales, conflictos no resueltos, y su estrés diario, al igual que con sus prejuicios o tendencias teóricas y técnicas. Estos factores pueden influir negativamente en la conducta del terapeuta durante la terapia. La contratrtransferencia originada en el terapeuta tiene diversas fuentes de origen:

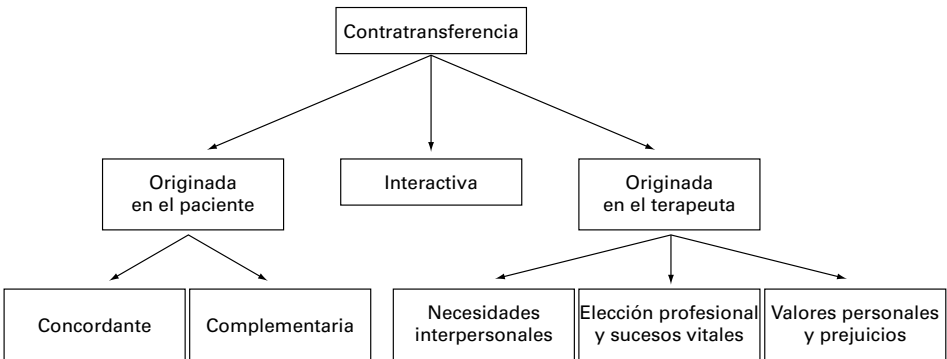
- ***Necesidades interpersonales.*** Las necesidades interpersonales del terapeuta, deseos e intenciones pueden llevar a reacciones contratrtransferenciales. Por ejemplo un terapeuta recientemente divorciado puede experimentar una normal necesidad interpersonal de cercanía y correspondencia. Pero si intenta satisfacer estas necesidades con un paciente, entonces estas necesidades interpersonales están generando una contratrtransferencia. Igualmente, las dificultades psicológicas pasadas del terapeuta pueden constituir una fuente de contratrtransferencia, por ejemplo, cuando el paciente se parece a alguien que el terapeuta conoció en el pasado y este hecho lleva a éste a influenciar a aquél para que se comporte de forma similar a como lo hizo la otra persona.
- ***Elecciones profesionales y sucesos vitales.*** Muchas de las elecciones y sucesos asociados con la actividad profesional

tienen implicaciones contratransferenciales, pues afectan a la conducta del terapeuta. Así, por ejemplo, la elección de la escuela terapéutica puede constituir una fuente de contratransferencia. Y de manera similar, los sucesos vitales en la vida del terapeuta pueden tener un gran impacto sobre sus relaciones profesionales, aún cuando él no sea completamente consciente de ello; como por ejemplo, cuando la muerte de un familiar afecta a la neutralidad del terapeuta respecto a un paciente que guarda algún tipo de semejanza con el fallecido.

- **Valores personales, visión del mundo y prejuicios culturales.** Los terapeutas tienen sus propios valores culturales y prejuicios. Por ejemplo, si un terapeuta crece con un padre alcohólico, el terapeuta podría sentirse excesivamente enfurecido con algún paciente alcohólico que no reconocen esta dependencia o que abusa de sus hijos.

C. **La contratransferencia interactiva** no se encuentra simplemente en los patrones interpersonales pasados del terapeuta o en los típicos patrones evocados en los demás por el paciente, sino en la interacción entre el terapeuta y el paciente. El resultado es la creación de sentimientos compartidos y fantasías que son al menos parcialmente independientes de patrones previos. En este caso, ciertos sentimientos y conductas del terapeuta son reforzados por la propia relación terapéutica, con el peligro de que esa relación se convierta en un vínculo no profesional.

Cuadro resumen. Categorización de la contratransferencia



La relevancia de las respuestas contratransferenciales para cualquier tipo de tratamiento psicológico fue inicialmente puesta de manifiesto por Bandura *et al.* (1960) quienes encontraron evidencia empírica de que los terapeutas especialmente ansiosos respecto a su hostilidad interpersonal suelen tener dificultades para hacer frente a la hostilidad manifiesta de sus pacientes. Estas dificultades se concretan en la evitación sistemática de las conductas hostiles del paciente, lo que acaba por bloquear la buena parte del repertorio conductual de éste durante las sesiones. De manera similar, ya a finales de la década de los 70, Pope (1979) encontró evidencia empírica de que los terapeutas distorsionan el recuerdo de aquellos mensajes del paciente que inciden en sus propios conflictos, pues no los tienen en cuenta tanto como los que se refieren a aspectos gratificantes. Además, encontró evidencias de que los terapeutas tienden a responder de manera defensiva ante los mensajes de los pacientes que inciden en problemas que ellos también tienen, mientras que cuando los mensajes de los pacientes no les resultan amenazantes, los terapeutas tienden a orientarse hacia tareas específicamente terapéuticas. Por otra parte, entre las aportaciones más recientes destaca, por una parte, la de Epstein y Simon (1990) quienes desarrollaron un cuestionario de autoevaluación para terapeutas orientado a la identificación de posibles violaciones de los límites terapéuticos, y, por otra, la de Janowsky (1999b), quien ha relacionado las características de personalidad del paciente y del terapeuta que afectan a la naturaleza, la cualidad y el resultado de la psicoterapia.

Así por ejemplo, el cuestionario de autoevaluación para terapeutas de Epstein y Simon está compuesto por 32 ítems, del tipo *¿Le dice al paciente cosas personales sobre sí mismo con el objetivo de impresionarle?* Estos ítems se reparten en 7 categorías: violación generalizada de los límites, eroticismo, exhibicionismo, dependencia, búsqueda de poder, codicia y permisividad.

4.3. Alianza terapéutica

El concepto de alianza terapéutica se refiere a la calidad de la relación terapéutica, de forma que la magnitud de dicha calidad depende, tanto de las cualidades del terapeuta —por ejemplo, su calidez, autenticidad y empatía—, como de la capacidad del cliente para establecer relaciones interpersonales positivas. Este concepto es según Gelso y Carter (1994; citado en Corbellá, 2003) el componente de la relación terapéutica que ha generado mayor interés en los investigadores.

Conceptualmente, la noción de alianza terapéutica surgió en la tradición psicoanalítica, donde la experiencia clínica acumulada permitió la diferenciación progresiva de los aspectos más racionales de la relación

terapéutica, en contraposición a los más transferenciales. Cronológicamente, las etapas más relevantes de dicha secuencialización son:

- 1912-1913: Freud plantea la importancia de que el analista mantenga un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de éste establezca una relación positiva con el analista.
- 1934: Sterba introduce el término «alianza terapéutica» para referirse a la parte del yo del paciente que colabora con el analista y esta vuelta hacia la realidad, por oposición a la parte del yo del paciente más vinculada con los impulsos y las defensas. De esta forma destaca la importancia de la identificación positiva del paciente con su terapeuta para trabajar en la consecución de las tareas terapéuticas comunes establecidas.
- 1956: Zetzel distingue entre transferencia y alianza, sugiriendo que la alianza era la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y paciente que posibilita el *insight* y el uso de las interpretaciones. Define la alianza terapéutica como un modo de cooperación real y estable de la relación analítica que protege al paciente frente a la regresión excesiva mediante la movilización de partes de su yo. Con ello, la expresión alianza terapéutica empezará a denominar aquellos aspectos de la relación entre el analista y el paciente que proporcionan a este último una atmósfera de aceptación básica, entendimiento y seguridad. Si bien el referente último de Zetzel era la relación temprana entre la madre y el hijo, no por ello dejó de enfatizar que el desarrollo de la alianza terapéutica es un proceso mutuo y recíproco; esto es, un proceso que no sólo requiere que el paciente se identifique con el analista, sino también que el analista sea capaz de identificarse con el paciente.
- 1965: Greenson introduce el concepto de **alianza de trabajo**, circunscribiéndolo a un fenómeno más racional que el propuesto por sus predecesores. Porque dicha alianza consistiría en la identificación progresiva del paciente con el trabajo del analista, de manera que mediante tal identificación el paciente llegaría a convertirse en un colaborador analítico. Es decir, Greenson concibió la alianza de trabajo como un proceso secuencial, cuyas raíces estarían en la alianza terapéutica establecida por el paciente y el analista gracias al encuadre, y consistente en un fenómeno de transferencia relativamente racional, «dessexualizado» y «desagresivizado».
- 1976: Luborsky describe dos tipos de alianza en función de la fase o etapa de la terapia de la que se trate. La **alianza de tipo 1**, frecuente sobre todo en el inicio de la terapia, se caracteriza porque el

paciente experimenta el apoyo y la ayuda que proporciona el terapeuta como una fuente de contención. La **alianza de tipo 2**, frecuente en fases posteriores del proceso terapéutico, consiste que el paciente experimenta la alianza como un trabajo conjunto con el terapeuta, orientado hacia la superación de sus propios impedimentos y malestares.

- 1979: Bordin sistematiza los datos clínicos relativos a la alianza terapéutica, diferenciando tres niveles a) el establecimiento y desarrollo del vínculo b) el acuerdo sobre metas u objetivos del proceso terapéutico c) los acuerdos sobre tareas y responsabilidades para alcanzar esas metas.

Para algunos autores (Corbellá, 2003), a pesar de las diferencias existentes entre los planteamientos de Bordin y Luborsky, parece posible la complementariedad de ambos. La *alianza de tipo 1* de Luborsky podría ser entendida como la sensación de comodidad que experimentan los pacientes al sentirse acogidos y se puede relacionar con el componente de aceptación o vínculo positivo de Bordin. Así, la *alianza de tipo 2* podría relacionarse con el acuerdo en los objetivos y las tareas para conseguirlos entre el terapeuta y el paciente.

A su vez, las tres facetas de la alianza terapéutica propuestas por Bordin (1979) han conocido diversas operativizaciones, entre las que destacan las debidas a Pinsoff (1986), Horvath (1981) y Horvath y Greenberg (1986, 1989).

Concretamente, la operativización de Horvath y Greenberg recibe el nombre de WAI (*Working Alliance Inventory* (WAI) y está compuesta por 36 ítems cuyas puntuaciones se registran en una escala de Likert con rango de 1 a 7. Esta escala dispone de tres versiones, una para el paciente, una para el terapeuta y una para un observador. Así por ejemplo, cada versión de uno de sus ítems dice:

- I. *Versión del cliente*: «Mi terapeuta percibe exactamente cuales son mis objetivos para la sesión».
- II. *Versión del terapeuta*: «Mi cliente y yo tenemos una percepción común de sus objetivos en la sesión».
- III. *Versión del observador*: «Existe una percepción mutua de que los objetivos de la sesión son importantes para el cliente».

Otras operativizaciones de la alianza terapéutica son:

- *La escala VPPS* (Segunda revisión por O'Malley, Suh, y Strupp, 1983) también conocida como escala de proceso psicoterapéutico de Vanderbilt. Representa una combinación de concep-

nes psicodinámicas y eclécticas, muy influenciada por los trabajos de Strupp y sus colegas de la Universidad de Vanderbilt.

- *La escala de Alianza Psicoterapéutica de California CALPAS/CALTRAS* (Marmar y cols. 1986; 1989). Esta escala se compone de 4 subescalas (capacidad de trabajo del paciente, compromiso del paciente, consenso en la estrategia de trabajo y compromiso y comprensión del terapeuta) compuestas, cada una de ellas, por 6 ítems.
- *La Therapeutic Alliance Scale* (TAS, Marziali, 1984) y la *Escala PENN* o *Helping Alliance Questionnaire* propuesta por Alexander y Luborsky en 1986 y revisada por Luborsky *et al.*, en 1996. Esta última versión es conocida como *Helping Alliance Questionnaire II* (HAQ-II).

Finalmente, cabe señalar que todas las operativizaciones mencionadas han contribuido significativamente al estudio empírico de la alianza de trabajo; mientras que, a su vez, los resultados obtenidos han hecho posible que la mayoría de los autores de las diversas líneas de intervención psicoterapéutica reconozcan en la alianza terapéutica uno de los predictores más importantes de resultados terapéuticos. Una amplia revisión del tema puede encontrarse en el trabajo de Corbellá (2003).

4.4. Apoyo social y experiencia emocional correctiva

Desde hace unos años se ha experimentado un creciente interés por la influencia que, sobre la conducta, parecen desempeñar los sistemas sociales.

En el ámbito psicoterapéutico, a partir de los años 60 una serie de circunstancias apuntan la utilidad que pueden tener los paraprofesionales y el desarrollo de nuevos métodos indirectos de intervención para abordar los problemas de naturaleza psicológica. En otros términos, se valora el apoyo social —con sus distintos niveles de análisis: comunitario, redes sociales o relaciones íntimas— como elemento a tener en cuenta en el contexto que nos ocupa.

Entre las diversas circunstancias que contribuyen a esta nueva visión, Barrón (1996) señala la aparición de diversos estudios (Guring, Veroff y Feld, 1960; Nichols, 1963) que en último término indican la necesidad de cambiar la forma de prestación de los servicios, así como el tipo de servicios que se prestan (Zax y Specter, 1979) dados los recursos limitados de salud mental de que se disponen para atajar la gran cantidad de demandas al respecto. Además, se demuestra que un alto porcentaje de perso-

nas, cuando tienen problemas, más que acudir a profesionales de la salud mental, acuden a paraprofesionales y métodos de tratamiento alejados del modelo médico, como es el caso de la terapia grupal.

En consonancia con lo dicho, un importante cuerpo de investigación señala la importancia del apoyo social en el ajuste personal y el bienestar psicológico. El apoyo social le permite al individuo amortiguar los acontecimientos negativos y no sucumbir ante ellos.

En el contexto específico de la terapia, es muy positivo que los clientes reciban apoyo no sólo por parte del terapeuta, sino también de los «otros significativos», o «aliados sociales», dado que ello repercute en la motivación para cambiar y aumenta la probabilidad de que el cliente reciba ayuda para poner en marcha las estrategias terapéuticas.

El contexto terapéutico, entendido en este sentido amplio en el que tienen acogida diversos aliados sociales, y que bien pueden constituir un grupo sobre el cual poder realizar una terapia conjunta, se convierte en un contexto protegido en el que, entre otras cosas, el terapeuta puede estimular experiencias emocionales correctoras.

La experiencia emocional correctiva tiene una importante tradición en Occidente, reflejándose en múltiples manifestaciones literarias (Kleinke, 1998).

Desde una perspectiva psicodinámica y atendiendo a los procesos de cambio, Alexander y French (1946) introducen dicho concepto en alusión a «exponer de nuevo al paciente, bajo circunstancias más favorables, a situaciones emocionales que no pudo resolver en el pasado» (pág. 66). Para estos autores, la experiencia emocional correctiva juega un papel clave en la terapia, dado que posibilita cambiar las conductas, síntomas e incluso estructuras y procesos intrapsíquicos.

La creación de un contexto protegido en el que el cliente pueda afrontar situaciones emocionales difíciles sin temer consecuencias negativas, puede convertirse en un factor generador de cambio. Para lograr esta situación, es necesario:

- Una relación terapéutica segura.
- Empatía por parte del terapeuta. Se realza la importancia de un ambiente empático y de aceptación hacia el cliente.
- Re-experimentar en el aquí-y-ahora. El contexto terapéutico proporciona la posibilidad de examinar, identificar y modificar las pautas disfuncionales que el cliente deja entrever en su relación con el terapeuta. Esta labor exige del terapeuta una atención minu-

ciosa hacia la conducta globalmente considerada de su cliente para analizar con éste los aspectos relevantes en el momento en que tienen lugar.

- Responder de una manera diferente de lo que espera el cliente. Constituye un aspecto que enfatiza una vez más y especialmente la importancia de la interacción terapéutica en el proceso de cambio, pues el terapeuta brinda nuevas experiencias al cliente que promueven el cambio. Lo significativo en este punto es como la interacción del terapeuta con el cliente se aleja mucho del patrón de interacciones que el cliente mantuvo en el pasado y en el presente con su entorno. Es un aspecto crucial si se tiene en cuenta que los patrones disfuncionales del cliente se perpetúan en base a las respuestas que generan en los otros. Sin embargo, el terapeuta muestra una aceptación que incumple las expectativas forjadas en el cliente. Así, en lugar de recibir respuestas negativas de hostilidad, culpa, ira, etc., recibe del terapeuta comprensión, aceptación y valoración de su persona. Con ello, el cliente se va desprendiendo de las representaciones negativas que posee de otros al tener un nuevo marco de referencia proporcionado por el terapeuta.

Todo ello contribuye a que el cliente vaya generando progresivamente nuevos estilos de relación con los demás, más gratificantes y adaptativos, además de contribuir a una nueva imagen del Yo y una mejora en la relación consigo mismo.

Antes de finalizar este apartado, y en consonancia con Geffken (2001) quisiéramos dejar constancia de cómo la experiencia emocional correctiva tiene su cabida también en la psicoterapia infantil. El niño puede experimentar mejoras si el terapeuta le ofrece experiencias contrarias a aquellas otras que pudieron originar el problema.

Desde una perspectiva más amplia, y siguiendo la revisión efectuada por Pérez-García (1999) resulta demostrada la relación positiva existente entre apoyo social y salud, tomando diversos índices de salud como la longevidad, el pronóstico y recuperación de una enfermedad, la adherencia a los programas de tratamiento, las consecuencias fisiológicas de acontecimientos vitales estresantes, la buena marcha del embarazo, o el cambio de hábitos de conducta insalubres.

La actuación del apoyo social en la promoción de la conducta saludable se produce desde los tres frentes posibles, como son la *prevención*, de modo que, contar con apoyo puede evitar embarcarse en conductas, manifiestas o cognitivas, que pueden poner en peligro el bienestar físico o emocional de la persona. En términos de Buendía (1991), «los lazos

sociales... pueden prevenir un desajuste psicológico en momentos de estrés ante determinados acontecimientos de la vida». Pero también cuando el individuo sufre una enfermedad, el apoyo social es importante en el afrontamiento del problema, por ejemplo, a través de la comprensión que los otros puedan ofrecer de la situación.

Y por último, en la fase de recuperación, el apoyo social vuelve a ser una pieza clave para que el individuo mantenga el tratamiento prescrito y evite recaídas.

Una vez puesto de manifiesto la relación nada desdeñable entre apoyo social y bienestar psicológico y conducta de salud, conviene realizar una serie de aclaraciones al respecto del concepto de apoyo social en aras de la claridad conceptual. Como matiza Rodríguez-Marín (2001), caben tres posibles marcos desde los que definir el **apoyo social**:

- a) la *cantidad* de relaciones sociales o naturaleza de las mismas;
- b) la *estructura* de las relaciones sociales del individuo; y
- c) las *funciones* que cumple el apoyo social, entre las cuales se encuentran:
 - El *apoyo emocional*, con conductas que provocan que la persona se sienta querida, respetada, y proporciona un sentimiento de seguridad y pertenencia a un grupo.
 - El *apoyo material* o instrumental, referido a acciones que sirven para resolver problemas prácticos y facilitar tareas cotidianas.
 - El *apoyo informativo* consiste en recibir información consejo, guía... que permite comprender el mundo y ajustarse a los cambios que se producen en él.

Para House (1981) el apoyo social incluye el emocional, instrumental, informativo y valorativo; este último referido a información relevante para la autoevaluación o las comparaciones sociales, excluyendo aspectos afectivos.

Como puede apreciarse, el apoyo social se convierte en un constructo multidimensional con gran cantidad de funciones.

Por otro lado, resulta de gran utilidad para nuestro campo señalar dos apreciaciones más apuntadas por Winnubst, Buunk, y Marcelissen (1988) y recogidas por Peiró y Salvador (1993). En primer lugar, la perspectiva del apoyo social como relaciones de calidad enfatiza como lo relevante, no la cantidad de relaciones que mantiene el individuo sino la *calidad* de las mismas. De forma complementaria a esta perspectiva, se distingue,

desde una aproximación perceptual o psicosocial, entre apoyo objetivo y subjetivo, para referirse a la necesidad de tener en cuenta no sólo la dimensión objetiva del apoyo social —contactos personales o conexiones que mantiene el individuo con los demás— sino sobre todo, la percepción acerca de cómo distintas fuentes sociales nos proporcionan un apoyo de calidad cuando lo necesitamos. En este caso, se concibe el apoyo social en términos subjetivos, esto es, la percepción del individuo de que es valorado, respetado, posee personas que le ofrecen ayuda si lo necesita, etc. El **apoyo percibido** constituye además un elemento claramente diferenciador entre unos individuos y otros y en este sentido, se ha vinculado el apoyo social con la personalidad, considerando el primero como una variable de personalidad, dado que se trata de lo que la persona cree o espera (Schwarzer y Leppin, 1991), y originada según Sarason, Sarason y Pierce (1990) en la experiencia de apego. Así, aquellos individuos que han tenido un apego seguro percibirán mayor apoyo social que los no han gozado de este tipo de apego.

La distinción entre apoyo subjetivo y objetivo está más que justificada si se tiene en cuenta que no siempre coinciden, de modo que puede recibirse apoyo y no percibirlo; y también se puede percibir un apoyo donde en realidad no existe.

5. APORTACIONES PSICODINÁMICAS AL EJE COGNITIVO: LA INTERPRETACIÓN

Como veíamos en el *Capítulo 9*, de acuerdo con el modelo psicoanalítico la comprensión e integración del material inconsciente que subyace a la problemática del paciente se realiza, fundamentalmente, mediante el análisis de las resistencias, la transferencia y la contratransferencia. En este contexto, el terapeuta va construyendo sus hipótesis sobre la relación cognición-emoción-conflicto subyacente al material analizado, y expresa tales hipótesis al paciente mediante verbalizaciones que reciben el nombre de interpretaciones.

Tradicionalmente, en el ámbito psicoanalítico, la interpretación ha sido considerada como el recurso técnico por excelencia y a su estudio han sido dedicados auténticos mares de tinta magníficamente ilustrados desde un punto de vista clínico. Pero si desde muy temprano los psicoanalistas comprendieron que la interpretación constituye un poderoso instrumento de cambio que debe ser manejado de manera escrupulosa (Coderch, 1995), durante el último tercio del siglo XX se ha ido acumulando una evidencia empírica creciente respecto a las variables que vin-

culan la interpretación, tanto con el cambio terapéutico, como con la resistencia al mismo (Cristo-Christoph et al. 2001; Olson, y Claiborn, 2001; Piper et al. 2001; Speisman, 2001; Stiles, 1995;). Concretamente, gracias a los tratamientos psicodinámicos sabemos que, con independencia del marco teórico del terapeuta, el manejo eficaz de la interpretación debe tener en cuenta que:

1. El momento en que se ofrece una interpretación tiene gran incidencia sobre el efecto que tendrá en el paciente. Por ello, las interpretaciones no deben hacerse antes de que el cliente haya adquirido cierto grado de conciencia y comprensión sobre el tema a interpretar. La interpretación está contraindicada si existen indicios de que puede causar ansiedad, resistencia o dolor.
2. Cuando la información recogida por una interpretación es compleja o está relativamente lejana a la conciencia del paciente, conviene enunciar los contenidos de manera escalonada.
3. Las interpretaciones suelen ser más útiles cuando se ofrecen durante la fase intermedia del tratamiento y/o de la sesión, pues así el paciente tiene oportunidad de reaccionar a ella dentro del marco terapéutico. Además, el conocimiento de esa reacción resulta muy valioso para el terapeuta, pues le facilita la previsión de otras conductas del paciente.
4. La interpretación siempre debe tener en cuenta la información ofrecida por el paciente y estar basada en datos suficientes y significativos.
5. Los enunciados interpretativos deben estar escrupulosamente limpios de contenidos actitudinales o valorativos pertenecientes al terapeuta.
6. Los contenidos interpretativos expresados de forma tentativa (*Me pregunto si... Es posible que... Quizás... Pudiera ser que...*) son mejor recibidos por el paciente que si se enuncian de forma dogmática.
7. Tras una interpretación es aconsejable explorar qué piensa y siente el paciente sobre la nueva perspectiva que se le ha ofrecido.
8. La reacción del paciente ante una interpretación pueden ser muy variada y oscilar desde la aceptación silenciosa al rechazo más violento.
9. El hecho de que un paciente proteste ante una interpretación no significa, necesariamente, que la interpretación sea inadecuada.

10. Antes de repetir una interpretación que ha sido rechazada por un paciente, es preciso revisar cuidadosamente su formulación y la validez de los hechos en los que se apoya.
11. Ocasionalmente, la aceptación de la interpretación puede no ser auténtica; esto es, puede estar motivada por el deseo del paciente de no desagradar al terapeuta.
12. La verdadera aceptación de una interpretación se manifiesta en que el paciente muestra haber aprendido algo sobre lo interpretado, mediante algún cambio identificable.

6. APORTACIONES PSICODINÁMICAS AL PROCESO TERAPÉUTICO: LA RESISTENCIA

El legado más significativo de los tratamientos psicodinámicos a la concepción genérica del proceso terapéutico gira en torno a la noción de resistencia. Grosso modo, la resistencia puede ser definida como *cualquier factor que, en el contexto del proceso terapéutico, evita o retarda el cambio*. Pero aunque actualmente el concepto de resistencia ocupa un lugar relevante en las distintas orientaciones —lo que no implica que todas ellas le concedan la misma importancia— hasta bien mediado el siglo XX, el fenómeno a que se refiere fue ignorado, cuando no abiertamente rechazado, por los modelos no psicoanalíticos.

De hecho, este rechazo inicial al concepto de resistencia fue exponente del rechazo al psicoanálisis mismo (Cullari, 2001), pues la resistencia, junto a la represión y a la aparición de síntomas físicos, constituye un componente esencial en la explicación freudiana de los trastornos neuróticos.

El papel de la resistencia en la teoría psicoanalítica va indisolublemente ligado a la represión, mecanismo este último que impide el acceso consciente de elementos amenazantes para la persona. El diccionario de Laplanche y Pontalis (1981) recoge en estos mismos términos el significado de la resistencia en el marco psicoanalítico: «Durante la cura psicoanalítica, se denomina resistencia todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente».

Cuando se reprimen materiales peligrosos para el bienestar emocional del individuo, éste se *resiste* a hacerlos conscientes. Pero, aunque reprimido, el material se expresa en un formato simbólico y aparecen síntomas físicos. Estos síntomas, aun siendo disfuncionales, impiden la emergencia a la esfera consciente del material temido por el sujeto. La dinámica intraquímica descrita resulta inconsciente para la persona.

De acuerdo con Freud, pese a que los síntomas remiten cuando el individuo hace consciente el material reprimido, durante un proceso terapéutico, el Yo del paciente opta por seguir manteniendo la sintomatología, puesto que se evalúa como menos peligroso que destapar el material reprimido.

Freud describió cinco tipos de resistencias.

- La resistencia de la represión supone un conflicto entre el deseo consciente del paciente y la actuación inconsciente de su Yo.
- La resistencia de la transferencia implica una oposición inconsciente al progreso terapéutico dado que el paciente muestra un comportamiento hacia el terapeuta regido por un cúmulo de emociones, miedos y ansiedades que se han forjado en relaciones previas. Según Freud, el terapeuta ha de prestar suficiente atención a aquellos aspectos significativos de la transferencia manifestados en la terapia.
- La ganancia episódica o secundaria, que en ocasiones incluye una neurosis compensatoria, supone una resistencia al cambio dados los beneficios que conlleva el mantenimiento de la sintomatología. Es necesario especificar que el paciente no finge los síntomas.
- La resistencia a lo verdaderamente inconsciente se relaciona con deseos y necesidades infantiles que pueden interferir con el tratamiento.
- La resistencia al superyó implica una oposición inconsciente al cambio porque el individuo obtiene un alivio emocional sintiéndose culpable o despreciable.

La teoría de la resistencia de Freud ha sufrido modificaciones significativas por parte de sus seguidores. Así, Edward Glover (1955), quien distingue dos tipos de resistencia —obvio y discreto— en función del grado de explicitación de esa resistencia. Otro autor relevante, Ralph Greenson (1967), introduce el término **defensas de pantalla**, conforme a las cuales el paciente recuerda material que evita otros recuerdos más dolorosos. También se le atribuye la distinción entre resistencia egodistónica y egosintónica para referirse a la forma que adopta la resistencia en el individuo: unas veces mediante comportamientos ilógicos, fáciles de identificar y tratar (egodistónica) y otras veces camuflada de sutilezas y racionalizada, con la consiguiente dificultad de cara al tratamiento (egosintónica).

Los ajustes realizados a la teoría original produjeron paulatinamente una apertura del concepto de resistencia hacia la esfera interpersonal y

social, abandonando el encapsulamiento intrapsíquico al que hasta el momento había estado sometido. En este desplazamiento desde el interior del individuo hacia el exterior jugó un papel importante la figura de Heinz Hartmann (1958), quien resaltó como los antecedentes vinculados al ambiente de la persona pueden determinar la resistencias dentro de la terapia.

Fruto de las modificaciones efectuadas a la teoría de Freud, se pueden añadir más categorías de las indicadas inicialmente por él. Así, Sandler, Holder y Dare (1970) establecen cinco categorías más:

- la resistencia cuya función es salvaguardar relaciones importantes del paciente que correrían peligro con el progreso terapéutico;
- la resistencia debida a la pérdida de la relación con el terapeuta;
- la resistencia que permite proteger la autoestima del paciente;
- la resistencia vinculada con el empleo de métodos de tratamiento inadecuados; y
- la resistencia caracteriológica, en relación a los patrones habituales de respuesta de la persona, que constituyen su personalidad.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Desde la distinción en la psicoterapia de cuatro factores comunes de naturaleza estructural: el escenario, la relación, la explicación o mito y las acciones prescritas o ritual, las opciones explicativas y prescriptivas han sufrido una notable diversificación, el escenario y la relación, en cambio, han tendido a uniformizarse. De estas dos últimas, la relación terapéutica, ha sido objeto de amplios debates e investigaciones protagonizados mayoritariamente por los tratamientos psicodinámicos y los humanistas.

El legado del modelo psicodinámico a la psicoterapia, se encuentra fundamentalmente en las aportaciones realizadas al entendimiento de la relación terapéutica y al proceso terapéutico. Así, términos como transferencia, contratransferencia, alianza terapéutica, experiencia emocional correctiva, interpretación o resistencia, son fenómenos que se dan en cualquier relación terapéutica, independientemente del modelo de intervención o las técnicas que se utilicen.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA Y LECTURAS RECOMENDADAS

CODERCH, J. (1995). *La interpretación en psicoanálisis. Fundamentos y teoría de la técnica*. Barcelona: Herder.

El autor expone las bases epistemológicas del acto interpretativo y los fundamentos teóricos y clínicos sobre los que descansa. Establece la diferencia entre interpretaciones transferenciales, clarificaciones, reconstrucciones e interpretaciones extratransferenciales.

CODERCH, J. (2001). *La relación paciente-terapeuta. El campo del psicoanálisis y la terapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós- Fundació Vidal i Barraquer.

El propósito de este libro es el de estudiar, con alguna profundidad, aquello que sucede entre los dos protagonistas de la terapéutica psicoanalítica, en cuanto son dos personas que están relacionándose entre sí, para ofrecer la ayuda demandada: la interacción constante en la que uno y otro aportan toda su historia personal, sus experiencias y sus expectativas; el campo intersubjetivo formado por la conjunción de dos distintas organizaciones psíquicas; la psicología de dos personas que emerge de la reunión de dos psicologías individuales; las tonalidades de la mutualidad y la negociación sobre las que transcurre el proceso terapéutico; la construcción de significados a través del diálogo, etc.

CULLARI, S. (2001). *Fundamentos de Psicología Clínica*. México: Pearson Educación.

Este libro muestra un enfoque integral de la evaluación y la terapia y permite interrelacionar de manera natural la teoría con la práctica.

FERNÁNDEZ LIRIA, A. y RODRÍGUEZ VEGA, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Dentro del actual movimiento hacia la integración de las diferentes escuelas psicoterapéuticas, los autores muestran en este texto la forma en la que trabajan con los pacientes, las razones por las que lo hacen así y el procedimiento por el que creen que quien quiera trabajar de la misma o parecida forma puede llegar a hacerlo.

FERNÁNDEZ LIRIA, A. y RODRÍGUEZ VEGA, B. (2002). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas* (2 vol.). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Desde la concepción de la entrevista como un arte; pero también como una actividad adiestrable, los autores presentan en estos textos una serie de ejercicios pensados para entrenar específicamente algunas destrezas que facilitarán el que la comunicación entre el clínico y el paciente se establezca con fluidez y al servicio de los objetivos de la actividad clínica.

KLEINKE, C. L. (1998). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Chris L.

Kleinke desarrolla en este texto el tema de los principios comunes en psicoterapia.

POCH, J., y AVILA, A. (1998). *Investigación en psicoterapia: la contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.

En esta obra se presentan los debates centrales con que se enfrentan los investigadores y profesionales implicados en el ejercicio de la psicoterapia basada u orientada desde el psicoanálisis, al término de la década que cierra el primer siglo de existencia de la psicoterapia científica, ofreciendo al tiempo un conjunto de herramientas de trabajo útiles a aquellos que, sin renunciar a la fundamentación teórica y exigencias técnicas de la clínica psicoanalítica, quieran, sin embargo, ir más allá, aprovechando los avances y la experiencia derivados de más de medio siglo de investigación sistemática.

ACTIVIDADES

1. Completa con tus palabras la definición de cada una de los siguientes tipos de transferencia

Transferencia originada en el paciente	
Transferencia originada en el terapeuta	
Transferencia interactiva	

2. Completa con tus palabras la definición de cada una de los siguientes tipos de contratransferencia y pon un ejemplo de los subtipos.

Contratransferencia originada en el paciente		Contratransferencia originada en el terapeuta			Contratransferencia interactiva
Contratransferencia concordante	Contratransferencia complementaria	Necesidades interpersonales	Elecciones profesionales y sucesos vitales	Valores personales, visión del mundo, etcétera	
Ejemplo:	Ejemplo:	Ejemplo:	Ejemplo:	Ejemplo:	

3. Identifica en el siguiente Episodio Relacional los tres elementos analizados con la metodología del CCRT: Deseo (D), Reacción del objeto (RO) y Reacción del sujeto (RS), colocando las iniciales en el margen izquierdo de cada unidad de pensamiento.

Las marcas (//) identifican el comienzo y el final de una unidad de pensamiento (Tomado de: Beitman y Yue, 1999)

Trascripción

// En el otro trabajo, no me dieron ni siquiera una oportunidad. //
// Se suponía que trabajaba con un ordenador y el ordenador no estaba conectado y dijeron «bien no tienes que hacerlo». //
// Te reemplazaremos por alguien más. //

// Con lo que fui reemplazado por otro. //
// Esto realmente me cabreó. //
// (pausa) Dejé otro trabajo para conseguir éste y acabé sin nada en absoluto, ni paro, nada de nada. //
// Es horrible. //
// (pausa)... los llamo todos los días, //
// pero siempre dicen que no tienen nada. //
// No sé lo que voy a hacer. //
// (pausa) realmente es desalentador. Es tan duro salir fuera y que te den constantemente con la puerta en las narices. //

SOLUCIÓN A LAS ACTIVIDADES

Solución a la actividad 1

Transferencia originada en el paciente	Consiste en aquellas conductas mediante las que el paciente intenta influenciar al terapeuta para entrar en un role consistente con modelos de relación desarrollados con otras personas.
Transferencia originada en el terapeuta	Se refiere al desencadenamiento de la transferencia del paciente a través de las propias necesidades, deseos y conflictos no resueltos del terapeuta. En otras palabras, los propios problemas psicológicos del terapeuta causan, facilitan e inician los deseos e intenciones distorsionadas e irrrealistas del paciente hacia el primero.
Transferencia interactiva	Implica una interacción continua entre las necesidades interpersonales del terapeuta y las del paciente.

Solución a la actividad 2

Contratransferencia originada en el paciente		Contratransferencia originada en el terapeuta			Contratransferencia interactiva
Consiste en la reacción del terapeuta a la transferencia del paciente.		Es fruto de las dificultades del terapeuta que son llevadas a la relación psicoterapéutica.			Es fruto de la interacción entre los patrones interpersonales del terapeuta y del paciente.
Contratransferencia concordante	Contratransferencia complementaria	Necesidades interpersonales	Elecciones profesionales y sucesos vitales	Valores personales, visión del mundo, etcétera	
El terapeuta experimenta un conjunto de afectos que se parecen o son idénticos a la experiencia actual del paciente.	El terapeuta se siente impulsado a asumir un rol impuesto por el paciente.	Fruto de las necesidades interpersonales del terapeuta.	Fruto del modelo teórico y sucesos vitales vividos por el terapeuta.	Fruto de los propios valores culturales y prejuicios del terapeuta.	
Ejemplo: El terapeuta puede estar sintiendo una rabia enorme idéntica a la del paciente	Ejemplo: El terapeuta actúa como una madre fruto de la necesidad del paciente	Ejemplo: Ante la pérdida de un ser querido del terapeuta, éste puede buscar la necesidad de consuelo en el paciente	Ejemplo: La formación en un modelo conductual puede hacer que el terapeuta sea más directivo que desde un modelo humanista	Ejemplo: Los prejuicios de un terapeuta ante el aborto pueden influir ante una paciente que se encuentra en esa situación	

Solución a la actividad 3

Transcripción

- RO:** Le rechazan // *En el otro trabajo, no me dieron ni siquiera una oportunidad. //*
- RO:** Le rechazan, no le ayudan // *Se suponía que trabajaba con un ordenador y el ordenador no estaba conectado y dijeron bien no tienes que hacerlo. //*
- RO:** Le rechazan // *Te reemplazaremos por alguien más. //*
- RO:** Le echan del trabajo // *Con lo que fui reemplazado por otro. //*
- RS:** Se enfada. // *Esto realmente me cabreó. //*

RS: Se siente sin nada	// (pausa) <i>Dejé otro trabajo para conseguir éste y acabé sin nada en absoluto, ni paro, nada de nada. //</i>
RS: Se siente horrible	// <i>Es horrible. //</i>
D: Quiero un trabajo (ayuda)	// (pausa)... <i>los llamo todos los días, //</i>
RO: Le rechazan	// <i>pero siempre dicen que no tienen nada. //</i>
RS: Desvalido	// <i>No sé lo que voy a hacer. //</i>
RS: Sin ilusión	// (pausa) <i>realmente es desalentador. Es tan duro salir fuera y que te den constantemente con la puerta en las narices. //</i>

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Cuál de los siguientes factores comunes descritos por Frank (1961) corresponde a «la ejecución de un conjunto de acciones prescritas por la teoría como vía ineludible para conseguir la curación»?
 - a) El escenario.
 - b) El mito.
 - c) El ritual.
2. ¿En cuál de los siguientes ejes, con los que pueden ser categorizadas las transacciones terapéuticas, estaría incluida la alianza terapéutica?
 - a) Eje afectivo.
 - b) Eje interactivo.
 - c) Eje estructural.
3. ¿Dentro de qué categoría de transferencia propuesta por Freud (1912), incluirías el deseo del paciente de una intensa intimidad con el terapeuta?
 - a) Transferencia positiva.
 - b) Transferencia negativa.
 - c) Transferencia interactiva.
4. ¿Cuáles de los siguientes elementos se analizan en un episodio relacional utilizando el procedimiento denominado CCRT?
 - a) Estado del Individuo (EI), Petición Realizada (PR) y Respuesta (R).

- b)* Deseo (D), Reacción del Objeto (RO) y Reacción del Sujeto (RS).
 - c)* Deseo (D), Relación con el Objeto (RO) y Relación con el Sujeto (RS).
- 5. El intento de satisfacer la necesidad interpersonal de cercanía y correspondencia por parte de un terapeuta recientemente divorciado puede ser un ejemplo de:
 - a)* Contratransferencia originada en el paciente.
 - b)* Contratransferencia interactiva.
 - c)* Contratransferencia originada en el terapeuta.
- 6. ¿Cuáles serían los tres posibles marcos propuestos por Rodríguez Marín (2001) desde los que definir el apoyo social?:
 - a)* La cantidad de relaciones, su estructura y las funciones que cumple el apoyo social.
 - b)* El apoyo de la familia, el apoyo de los amigos y el apoyo de los compañeros de trabajo.
 - c)* El apoyo emocional, el apoyo material y el apoyo informacional.
- 7. En relación al manejo eficaz de la interpretación ¿cuál de las siguientes frases es correcta?
 - a)* Las interpretaciones suelen ser más útiles cuando se ofrecen en la fase final del tratamiento.
 - b)* Las interpretaciones deben hacerse antes de que el paciente haya adquirido cierto grado de conciencia y comprensión sobre el tema a interpretar.
 - c)* La interpretación siempre debe tener en cuenta la información ofrecida por el paciente y estar basada en datos suficientes y significativos.

RESPUESTAS CORRECTAS

1. *c)* 2. *b)* 3. *a)* 4. *b)* 5. *c)* 6. *a)* 7. *c)*

GLOSARIO

Abstinencia (Regla de): Corolario de la regla fundamental (Asociación libre), la regla de la abstinencia designa el conjunto de los medio y actitudes puestos en obra por el analista para que el analizante no pueda recurrir a formas de satisfacción sustitutivas, capaces de ahorrarle los sufrimientos que constituyen el motor del trabajo analítico. Regla de la técnica psicoanalítica que incumbe tanto al psicoanalista como al psicoanalizando. Al primero para que no satisfaga las demandas pulsionales ni los roles que el analizando tiende a imponerle. A éste para inducirle a que no encuentre satisfacciones sustitutivas a sus síntomas.

Agencia: La *persona* concebida como *agente* de su experiencia (Schafer). El sujeto asume gradualmente su *agencia* respecto de lo que vive en su experiencia, pasando de considerar los hechos como objetivos y externos, a tomar conciencia de que los crea y distorsiona en función de sus necesidades y deseos. Es decir, es agente de su mundo, e intérprete de su experiencia en él, lo cual le da la opción de transformarlo.

Agresión (pulsión agresiva): Tendencias o impulsos para dañarse o dañar a otro. Freud las englobó bajo la denominación de pulsión de muerte. Muchos autores simplemente la llaman pulsión agresiva, sin seguir a Freud en su nomenclatura.

Alianza terapéutica: Concepto acuñado en la Psicología del Yo norteamericana para describir la alianza de trabajo que se establece entre paciente y terapeuta, que permite la cooperación racional y consciente entre ambos para lograr los fines del tratamiento. Implica la activación de la transferencia positiva benigna, o transferencia dependiente, y es una consecuencia de que se de o se promueva una adecuada motivación de tratamiento.

Ambivalencia: Presencia simultánea en la relación con un mismo objeto, de tendencias, actitudes y sentimientos opuestos de amor y de odio.

Anal (fase anal): Segunda fase de evolución libidinal, entre los dos y los cuatro años, cuya zona erógena se sitúa en la zona anal, y cuya relación de objeto se encuentra ligada a las heces en sus funciones de expulsión y retención.

Análisis de contenido: Se analizan las producciones verbales de los sujetos, en nuestro caso, lo que narran los pacientes en la sesión y las intervenciones del terapeuta. Se analizan, en general, mediante sistemas de categorización.

Análisis didáctico: Expresión empleada a partir de 1922, y adoptada en 1925 por la *International Psychoanalytical Association* (IPA), para designar el psicoanálisis que llevan a cabo los aspirantes a psicoanalista. Igual en todo al psicoanálisis de cualquier otra persona, salvo en un elemento añadido desde el principio: El deseo del analizando de convertirse en psicoanalista. Forma parte de la formación obligatoria.

Analizabilidad: Término que refiere a la viabilidad de que una persona entre en análisis, esté disponible consciente e inconscientemente para iniciar un tratamiento psicoanalítico. Tradicionalmente se ha considerado necesario evaluar la analizabilidad mediante un proceso Psicodiagnóstico antes de decidir el inicio y oportunidad de un tratamiento. Actualmente se considera que no debe considerarse una decisión dicotómica (Analizable / No analizable) sino que debe valorarse en términos de Accesibilidad al análisis, esto es, en que medida puede ayudársele a entrar en proceso analítico.

Anima, Animus: Términos denotativos de la personificación de un sexo en el opuesto. C. G. Jung llamó ánima (alma en latín) a la figura femenina en el hombre y ánimus (mente o intelecto en latín) a la masculina en la mujer. Aunque el ánima y el ánimus pueden representarse como figuras humanas, es más exacto considerar estos conceptos como configuraciones arquetípicas.

Aparato psíquico: Ficción freudiana que apunta a la idea de un trabajo en el psiquismo, que es capaz de transformar y transmitir una energía. Tiene sistemas o instancias diferenciadas.

Aparato Psíquico Grupal: (Kaës) Constructo teórico para explicar la mediación entre los grupos psíquicos individuales y la configuración grupal real. Proporciona a los miembros una identidad compatible con él y a la vez diferenciada.

Áreas de la conducta: Cada uno de los niveles (mente, cuerpo, relación) en que se puede llevar a cabo el comportamiento y la producción de síntomas.

Arquetipo: Término empleado por C. G. Jung en 1919 que refiere al patrón innato y heredado de representación psicológica, vinculado a los instintos que se manifiesta, cuando es activado, en la conducta y en las emociones.

Asociación libre (Regla de la): Procedimiento definido por Sigmund Freud entre 1892 y 1898. Regla fundamental de la terapia psicoanalítica que consiste en exponer, sin discriminación, todos los pensamientos que se vienen a la mente del analizando, especialmente aquellos que se siente tentado a omitir por considerarlos absurdos, ilógicos o incoherentes.

Atención flotante: Expresión creada por Freud para designar la regla según la cual el psicoanalista debe escuchar al analizando, sin privilegiar ningún elemento del discurso de este último. Es la contrapartida en el psicoanalista de la asociación libre del analizando.

Autoanálisis: Se denomina así al psicoanálisis que uno se aplica a sí mismo, recurriendo a las mismas reglas (asociación libre, análisis de sueños, etc.).

Banco de casos: Se trata de un archivo, habitualmente informatizado, que guarda material clínico (sesiones aisladas, secuencias de tratamiento, tratamientos completos, historiales clínicos, etc.) ordenado y preparado para ser usado para estudios e investigaciones, una vez se han cumplido las garantías de confidencialidad.

Castración (complejo de, función de la): Estructura creada a partir de la imagen del cercenamiento del pene. Tiene que ver con la consolidación de la imagen corporal y se pone en marcha a partir de la percepción de la diferencia sexual anatómica.

Catarsis (método catártico): Método terapéutico iniciado por Breuer, mediante el cual se eliminan los efectos patógenos, al revivir en su origen, narrativa y emocionalmente, los acontecimientos traumáticos. *Catarsis* es la palabra griega utilizada por Aristóteles para designar el proceso de purga o eliminación de las pasiones que se produce cuando el espectador asiste en el teatro a la representación de una tragedia. El término fue retomado por Sigmund Freud y Josef Breuer, quienes, en los *Estudios sobre la histeria*, denominaron método catártico al procedimiento terapéutico mediante el cual un sujeto logra eliminar sus afectos patógenos, y después abreactuarlos, al revivir los acontecimientos traumáticos a los que aquellos están ligados.

Catexia (catectizar): Freud la asimila a la idea de una carga positiva atribuida a un objeto o a una representación. En ocasiones se utiliza como una simple analogía entre las operaciones psíquicas y el funcionamiento de un aparato nervioso concebido según un modelo energético (principio de conservación de la energía nerviosa). En otras, la energía de catexis es la energía pulsional que proviene de fuentes internas, ejerce un empuje constante e impone al aparato psíquico la tarea de transformarla. La dinámica de las catexias es un anticipo claro de la teoría de la represión.

Celebración del analizando: Así denomina Bollas al reconocimiento explícito por parte del analista de una manifestación del propio-ser genuino por el paciente. «La facilitación psicoanalítica del advenimiento de representaciones mentales del propio-ser genuino es una parte importante pero no bien estudiada de la técnica analítica». «La celebración afectiva por el psicoanalista del advenimiento de representaciones instintivas y de las elaboraciones formuladas del propio-ser genuino es un pre-requisito de cualquier posterior interpretación de contenido» (Bollas, 1993).

Colusión: «En los conflictos conyugales se da una temática fundamental, casi siempre estrechamente circunscrita, pero que inquieta a la respectiva pareja. Esta temática común a los dos esposos forma un «inconsciente común» (...) el juego conjunto de los cónyuges a causa de este inconsciente común lo designo como «colusión». (Willi, 1978, (p. 54) Laing (1965) lo describe como «un juego entre dos o más personas mediante el que se engañan a sí mismas,

un juego que es el juego del autoengaño mutuo, siendo el área de colusión aquello de lo que no se habla».

Complejo: Conjunto organizado de representaciones y de recuerdos dotados de intenso valor afectivo, parcial o totalmente inconscientes. Un complejo se forma a partir de las relaciones interpersonales de la historia infantil; puede estructurar todos los niveles psicológicos: emociones, actitudes, conductas adaptadas.

Complejo de Edipo: Estructura triangular básica en el desarrollo psicológico humano. Supone la inclusión de un tercero en el circuito del deseo. Su mala elaboración provoca los trastornos neuróticos. Conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto a sus padres. Positivo si hay deseo de eliminar por odio y celos al rival del propio sexo y deseo sexual hacia el ser del otro sexo. Hay ambivalencia respecto a los dos padres, por la interacción de componentes homo y heterosexuales. Negativo: es a la inversa. Según Freud se produce entre los tres y cinco años, en la etapa fálica, su declinación indica la latencia y el origen del superyó. Resurge en la adolescencia y es superado con mayor o menor éxito en la elección de objeto amoroso. La escuela kleiniana remonta el Edipo a la posición depresiva, en la que la relación se establece no ya con objetos parciales, sino ahora totales. Funciones del C. de Edipo: elección del objeto de amor, acceso a la genitalidad, efectos sobre la estructuración de la personalidad, sobre la constitución de las diferentes instancias: superyó e ideal del Yo.

Complejo subjetivo de inferioridad: Término que tiene su origen en la psicología adleriana; designa, de un modo muy general, el conjunto de actitudes, representaciones y conductas que constituyen expresiones, más o menos disimuladas, de un sentimiento de inferioridad o de las reacciones frente a éste.

Compulsión de repetición: Tendencia pulsional inconsciente, incoercible, que obliga al sujeto a reproducir ideas, actos, sueños, etc., de carácter penoso, e incluso estructuras vinculares más complejas.

Conflicto psíquico: En psicoanálisis, se trata de la oposición de exigencias internas contrarias, y que pueden ser manifiestas o latentes. Se puede resolver en formaciones sustitutivas o síntomas. En general, el conflicto psíquico más importante se produce entre las demandas pulsionales y las exigencias morales.

Cono Invertido: (Pichon Rivière) Modelo que permite evaluar los procesos de un grupo, a partir de las constantes de todo cambio: Pertenencia, cooperación, pertinencia, comunicación, aprendizaje y telé.

Consciente: Sistema freudiano de su primera formulación (tópica), que se caracteriza porque sus contenidos son autopercebidos y actualizados puntualmente.

Consigna: (En la psicoterapia de grupo) Verdadera interpretación grupal expuesta por el equipo terapéutico, planteada como una propuesta de trabajo.

Contención (función de) Contenido / Continente: Uno de los conceptos más importantes de Bion: la *función continente-contenido*, mediante la cual el terapeuta puede realizar su tarea. El terapeuta y el encuadre opera como *continente* de las ansiedades y temores del paciente, que son *contenidas* en el marco del vínculo terapéutico.

Contratransferencia: Conjunto de las manifestaciones del inconsciente del analista relacionadas con las manifestaciones de la transferencia del paciente. Incluye las reacciones inconscientes del psicoanalista frente a la persona total del analizando.

Control onnipotente del Objeto: Para Winnicott el bebé despliega una actividad exploratoria hacia el mundo que le rodea con el que se relaciona mediante una ilusión de onnipotencia, de que controla, dirige al Objeto, lo crea y lo destruye. El proceso de socialización consiste en la modificación de esta experiencia, tolerando las fallas de la onnipotencia.

Cristalización (Balint): Término que designa la fijación patológica en torno a un conflicto.

Cura Analítica: Desde la concepción norteamericana de la «Psicología del Yo» es propio de la cura asegurar el dominio de la pulsión mediante el refuerzo de yo; el fin buscado se resume en la adaptación del individuo a la realidad.

Defensa: Se llama defensa a toda operación que un sujeto realiza para reducir o suprimir cualquier modificación que pueda poner en peligro su integridad biopsicológica. Los mecanismos de defensa son las distintas operaciones para llevar a cabo esa función (represión, escisión, proyección, etc.), y varían en función del grado de desarrollo psíquico y de la enfermedad mental que se trate. Pueden tener una función normal y de aprendizaje y otra función patológica (si su uso es exclusivo o muy intenso).

Déficit (Estados de déficit): Consecuencia de situaciones carenciales, de privación o restricción estimular que afecta al desarrollo psicológico normal, principalmente en los vínculos interpersonales estructurantes y significativos del bebé o infante con el entorno, y que se manifiesta posteriormente como déficit en la adquisición o utilización de recursos emocionales y cognitivos.

Destello (Flash): Técnica de intervención focal y breve propuesta por Balint, mediante el uso de técnicas incisivas, como señalamientos o interpretaciones que muestran el foco de trabajo o conflicto en una intervención psicoterapéutica.

Dinamismo: En la teoría de Sullivan, es la más pequeña unidad de contacto de un ser humano con otro ser humano; se acumulan en el curso de la vida, conforme el ser humano va experimentando más y más contactos sociales. Por ejemplo, temer nuevas situaciones podría ser considerado el dinamismo del miedo.

Disociación defensiva: Sepultamiento de representaciones del Self y de los objetos significativos para preservar la vinculación con figuras de apego.

Distorsión paratáxica: Proceso significativo en la entrevista psiquiátrica para Sullivan. Describe cuando el cliente percibe y trata a otra persona como si ésta fuera similar a una relación conflictiva que mantuvo en el pasado. Similar al concepto de transferencia freudiano.

E. C. R. O. (Pichon-Rivière): *Esquema conceptual referencial y operativo*. El ECRO es el modelo que permite al grupo y a cada individuo la comprensión de cada hecho particular desde una organización o articulación de conceptos universales. Permite el aprendizaje y la adaptación dialéctica. En el grupo es una especie de mentalidad común a componer en un grupo y que sirve para aplicarse a cualquier sector o tarea de investigación.

Edipo Temprano (y Superyó Temprano): Para Klein, tanto el Edipo como el Superyó (al principio de carácter sádico) son tempranos, arraigados en las primeras experiencias de la vida. Al hablarnos del Edipo piensa que comienza a hacerse presente en la segunda mitad del primer año de la vida. Apareciendo normalmente en plena posición depresiva infantil. Con respecto al Superyó, Klein sostiene que las versiones internalizadas de los padres, que atacan al yo, son fenómenos de la misma categoría del Superyó que Freud expuso, el cual ella lo veía enraizado en la angustia persecutoria y no como «heredero del Complejo de Edipo».

Elasticidad: Término empleado por Ferenczi en 1928 para indicar que el terapeuta debe ser flexible y estar abierto ante las tendencias del paciente, dicha disposición no supone un cuestionamiento o abandono de la regla de abstinencia.

Ello: Polo pulsional de la personalidad según la segunda formulación freudiana (estructural) del aparato psíquico. Instancia del aparato psíquico que representa el polo pulsional de la personalidad; sus contenidos, expresión psíquica de las pulsiones, son inconscientes, en parte hereditarios e innatos, en parte reprimidos y adquiridos. Desde el punto de vista económico es el reservorio primario de la libido, de la energía psíquica; desde el punto dinámico, entra en conflicto con el Yo y el Superyó, que desde el punto de vista genético son diferenciaciones de aquel. Ninguna de estas últimas instancias es claramente autónoma del Ello. La diferenciación entre instancias es progresiva.

Emergente: El síntoma y aquello que el sujeto hace o dice en la sesión, algo que se destaca del fondo por su significación para entender la situación del individuo, del grupo o del grupo familiar.

Empatía: Kohut, lo mismo que Otto Rank y Sandor Ferenczi, propugnó la introducción en la cura de la «empatía» del analista, a fin de permitir que el analizado, por medio de una transferencia «creativa», avanzara hacia una restauración de su self. Para Sullivan la empatía es la manera a través de la cual la madre transmite la ansiedad al hijo por vez primera.

Encuadre: Conjunto de normas que se acuerdan entre analista y paciente en relación al horario, duración de las sesiones, honorarios, etc. La función del encuadre es posibilitar la relación analítica.

Envidia: Para Klein es la primera manifestación del instinto de muerte. Es característico de la envidia su tendencia a establecer relaciones de objeto agresivas con el objeto bueno no con el perseguidor. Actúa desde el nacimiento y su intensidad depende en gran medida de factores constitucionales. Su contrapartida es el sentimiento de gratitud, derivado de la capacidad de amar y de la elaboración de la ansiedad depresiva (culpa, reparación etc).

Envidia de pene: Elemento fundamental en la teoría freudiana de la sexualidad femenina y móvil de su dialéctica. La envidia del pene surge del descubrimiento de la diferencia anatómica de los sexos: la niña se siente lesionada en comparación con el niño y desea poseer, como éste, un pene (complejo de castración); más tarde, en el transcurso del Edipo, esta envidia del pene adopta dos formas derivadas: deseo de poseer un pene dentro de sí (principalmente en forma de deseo de tener un hijo); deseo de gozar del pene en el coito. La envidia del pene puede abocar a numerosas formas patológicas o sublimadas.

Epistemología: Estudio y fundamentación de los métodos del conocimiento científico en general o de una determinada ciencia.

Escena traumática: Episodio vivido que por sus características intrínsecas o subjetivas produce un efecto traumático psicológico para quien lo observa o participa. Lo traumático es singular y contextual a cada persona, y está en función del momento del desarrollo emocional en el que se produce y los mecanismos de elaboración de los que dispone la persona en función de su maduración. Se suele utilizar la expresión «escena traumática» para referirse a episodios sexuales o agresivos inapropiados al momento evolutivo en que son presenciados o vividos. Se utiliza la expresión «Escena primaria» a presenciar el coito de los padres.

Estadio del espejo: Estadio propuesto por J. Lacan en 1936 para indicar cómo entre los 6 y los 18 meses el bebé humano, a diferencia del resto de los seres vivos, puede reconocer su forma en el espejo (su forma humana en el otro), produciendo la separación entre cuerpo real y la imagen del mismo (distinción entre real e imaginario, particularmente importante para la explicación de los procesos psicóticos).

Estereotipo de género: Simplificaciones e ideas pre-establecidas, sobre roles sociales, en un grupo social que se adscriben a las personas por el mero hecho de pertenecer a un sexo. Provocan una exageración artificial de las diferencias en los roles sexuales.

Estereotipo sexual (y de rol sexual): Conjunto rígido y estructurado de creencias compartidas por (la mayoría de) los miembros de una sociedad o subgrupo de ella acerca de los roles sexuales y de género. Los estereotipos se aprenden (interiorizan) en procesos de interacción social. Los estereotipos de rol sexual incluyen creencias sobre actividades y modos de ser vinculados a varones y mujeres. Por ejemplo; Las esposas son buenas amas de casa; las madres cuidan a sus bebés; los padres satisfacen las necesidades económicas de la familia, etc.

Estudio intensivo: Consiste en analizar un fenómeno relativamente acotado y restringido, pero de forma minuciosa, profunda y exhaustiva, por ejemplo el estudio de una sesión o de un caso, en contraposición a lo que sería estudiar una muestra o grupo amplio de sujetos.

Experiencia emocional correctora: Expresión acuñada por Franz Alexander y Thomas French (Escuela de Chicago) para describir que en la relación terapéutica tiene lugar una oportunidad de re-experienciar situaciones o vínculos que han sido deficitarios o traumáticos, teniendo ahora la oportunidad de corregirlos de forma satisfactoria a través de la relación con el terapeuta a través de la transferencia.

Fálico (fase fálico-genital o fálico-uretral): Tercera fase de evolución libidinal de Freud, la auténtica organización genital infantil. La oposición es fálico vs. castrado, no todavía masculino vs. femenino. Es la fase del complejo de castración.

Falsacionismo: Criterio de demarcación científico propuesto por Popper. Consiste en que toda actividad científica debe plantear, para serlo, condiciones que sirvan para refutar o falsar sus proposiciones. Como el psicoanálisis, según Popper, tiene explicaciones para todo, estaríamos ante una disciplina irrefutable, no *falsable* y por lo tanto no científica.

Fantasía (teoría de la): Se denomina de este modo la teorización sobre las neurosis de Freud que siguió a la frustrada teoría de la seducción, donde lo traumático no era ya un acontecimiento real, sino otro imaginado.

Fantasía Inconsciente: Es la representación mental de los instintos y de las sensaciones físicas interpretada como relaciones de objeto. Klein considera que siempre operan fantasías básicas en el inconsciente infantil y que existen desde el comienzo de la vida.

Fantasma (fantasmatizado): Escenificación imaginaria, que representa, más o menos deformadamente, la realización de un deseo por parte de un sujeto, especialmente de un deseo inconsciente.

Fantasmático: Término que designa la vida imaginaria del Sujeto y el modo en que éste se representa a Sí mismo en su historia y la historia de sus orígenes (fantasma originario). Difiere además de la *fantasía* en que su articulación y desarrollo no es consciente. Escenificación imaginaria en la que se halla presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo inconsciente (Freud, Laplanche). Escenificación imaginaria en la que se halla presente el sujeto y que representa las fantasías inconscientes que acompañan al impulso instintivo y a sus relaciones con los objetos, asimismo deformadas por el proceso defensivo (Klein).

Fenomenología: Método o modo de ver la realidad atribuido a Husserl. Consiste en la descripción más precisa de todo lo que aparece, colocándose previamente a toda creencia natural, psicológica o a todo juicio de valor. Para

Husserl era casi como un «positivismo absoluto» o puro, y el paso previo a todo conocimiento, empírico o no.

Fetiche: Objeto natural o artificial, inanimado o parte del cuerpo humano que un fetichista necesita para excitarse sexualmente. Concreción de una fantasía inconsciente defensiva contra el descubrimiento de la carencia de pene en la mujer; el fetiche era el falo de la mujer, la madre. Escisión yoica ante la percepción de la realidad y la fantasía inconsciente contradictoria pues reniega de la «castración» de la mujer al mitigar a eliminar el temor a su propia castración.

Foco: Concepto acuñado por Michael Balint para designar el conflicto fundamental que se escoge trabajar en la psicoterapia (principalmente en la psicoterapia de duración limitada), al considerarlo el núcleo fundamental que sostiene la patología.

Forclusión: Término del vocabulario jurídico que denomina la pérdida de un derecho por no habérselo ejercido en los plazos prescritos. Señala la *exclusión*, y coincidiría en castellano con la *prescripción*. En la psicodinamia y en la clínica Lacan lo refiere a un fenómeno característico de la Psicosis, por el cual se produce el rechazo de un significante fundamental, expulsado afuera del universo simbólico del sujeto. Cuando se produce este rechazo, el significante está forcluido. No está integrado en el inconsciente, como en la represión, y retorna en forma alucinatoria en lo real del sujeto.

Función Alfa / Función Beta: Conceptos propuestos por Bion en su *teoría del pensamiento* de corte kantiano, al que considera integrado por dos funciones: la función alfa (lo fenoménico) y la función beta (la cosa en sí). El proceso de integración del pensamiento implica metabolizar elementos beta, característicos del pensamiento psicótico, convirtiéndolos en elementos alfa, o pensamiento que utiliza la función simbólica.

Genital (fase genital): Fase final de la evolución de la libido, que coincide con la sexualidad adulta (puberal). Se reconoce plenamente la función seminal y vaginal.

Grupo Balint: Modalidad de trabajo en grupo que Michael Balint propuso para sensibilizar a los médicos de atención primaria con la problemática psicológica que se muestra asociada o se expresa a través de patología somática. Se ha convertido en un dispositivo de formación y actualización en que los médicos de familia comparten en grupo sus experiencias clínicas con los pacientes, deslindando la implicación de procesos psíquicos, somáticos e interpersonales, bajo la conducción de un terapeuta de grupo o psicoterapeuta familiarizado con este método.

Grupo de supuesto básico (Bion): Grupo dominado por la creencia emocional básica del momento (dependiente, agresiva o de esperanza) (Se puede relacionar con el grupo primario de Cooley).

Grupo Interno: Es el conjunto de relaciones sociales internalizadas, es decir, que han pasado de fuera a dentro y están en permanente interacción con el exterior, y permite el ajuste progresivo, la comunicación y el aprendizaje.

Grupo interno: Historia que se estructura en cada individuo a partir de sus vínculos fundantes. Soporta la ideología que rodea al sujeto en su proceso de individuación.

Grupo primario: Término propuesto por Cooley, que indica que las relaciones entre los miembros de ese grupo son intensas, emocionales y muy cercanas, casi como una familia.

Grupo secundario: Término también propuesto por Cooley, donde las relaciones entre los miembros son más fría y distantes, no tan comprometido emocionalmente.

Grupo sofisticado (Bion): Grupo en el que prima el principio de realidad y de características yóicas y racionales (se puede relacionar con el grupo secundario de Cooley).

Hermenéutica: Doctrina que en origen buscaba interpretar el sentido de las sagradas escrituras. En relación al psicoanálisis indica la corriente clínica caracterizada más por la busca del sentido de las palabras del paciente, que por las causas de su malestar. En términos restrictivos es el estudio de interpretación de textos. Para ello, se basa en el conocimiento extenso del contexto: otras obras del autor, su biografía, el conocimiento del ambiente histórico del autor y su obra, etc.

Heurística: En la investigación científica, se denominan proposiciones heurísticas a aquellas, que aún sin estar contrastadas, se crean (inventan) para hacer avanzar los conocimientos de una disciplina.

Hipnosis (método hipnótico): Derivado del griego Hypnos (sueño). Designa un estado modificado y ampliado de conciencia, provocado por la influencia de una persona sobre otra. Como método terapéutico lo inició el médico escocés Braid en 1843, y buscaba la ampliación de la memoria para eliminar los trastornos.

Histeria: Neurosis básica con la que Freud estructuró su teoría y técnica psicoanalíticas. Como denominación general puede ofrecer cuadros muy variados (de retención, hipnoide, de conversión, de angustia, etc.).

Identidad (crisis de): Efecto del proceso de evolución e integración del Yo. La formación de la Identidad comienza donde termina la Identificación. Nunca queda establecida como algo estático e inmodificable. La crisis de Identidad suele darse en el momento crítico de la adolescencia, cuando ya se da toda la madurez fisiológica, psicológica y social necesaria para afrontar esta crisis.

Identidad de género: Resultado de un proceso evolutivo por el que se interiorizan las expectativas y normas sociales relativas al dimorfismo sexual y hace referencia al sentido psicológico que adquiere el individuo de ser varón o mujer, con los comportamientos sociales y psicológicos que la sociedad designa como masculinos y femeninos. En el inconsciente no hay femenino ni masculino, términos que pertenecen al imaginario social, solo hay sujetos (Ibáñez, 1986).

Identidad sexual: Elaboración cognitiva que ambos sexos realizan partiendo de la toma de conciencia de su propia imagen corporal, de su morfología sexual, de la que se deriva autopercepción y convicción de la pertenencia a un sexo determinado, con la comprensión de lo que ello implica.

Identificación: Proceso psicológico por el que un sujeto asimila, no imita sino que se apropia de un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones. El sujeto se identifica según un modo oral con el objeto perdido. Hay tres modos de identificación: primaria como forma primitiva, ambivalente, del lazo afectivo con el objeto; otra como sustituto regresivo de la relación objetual abandonada; y una tercera con quien hay un elemento común. Diferenciar identificación de incorporación e introyección: en ellas el proceso mental es vivido y simbolizado como una operación corporal (ingerir, devorar, guardar dentro de sí, etc.). Distinción con interiorización: ésta se hace con relaciones intersubjetivas, la identificación es con objetos parciales, rasgos, etc., u objetos totales. La identificación primaria es un modo primitivo de constitución del sujeto sobre el modelo de otro que no es secundario a una relación previamente establecida, en la cual el objeto se presentaría desde un principio como independiente. Relacionada con la incorporación oral.

Identificación proyectiva: Mecanismo de defensa propuesto por M. Klein que se traduce en las fantasías por las cuales el sujeto «introduce» su propia persona o Self (total o parcialmente) en el interior del objeto para controlarlo, dañarlo, poseerlo. Es una modalidad de la proyección: expulsión al exterior de lo que el sujeto rechaza de sí. Un aspecto positivo de este mecanismo consiste en que aparte de la función defensiva brindaría, posibilidad de aprendizaje al identificarse con aspectos del objeto apreciados o que se desean conocer.

Ideograma: Término acuñado por Bion para describir la inscripción preverbal de un pensamiento primitivo.

Imaginario: Término derivado del latín *Imago*, y que designa en Lacan todo lo que tiene que ver con la capacidad de representar las cosas en el pensamiento, con independencia de la realidad.

Imago: Término introducido en 1912 por Carl Gustav Jung. Prototipo inconsciente de personajes que orienta electivamente la forma en que el sujeto aprehende a los demás; se elabora a partir de las primeras relaciones intersubjetivas reales y fantasmáticas con el ambiente familiar.

Inconsciente: Núcleo fundamental de la teoría psicoanalítica. Supone a la vida psíquica más compleja que lo que podemos percibir en la conciencia. En la 1.^a formulación del aparato psíquico de Freud lo usa más como sustantivo. En la segunda tiene a usarse como cualidad adjetiva de los contenidos psíquicos.

Indagación empático-introspectiva: Desde el punto de vista kohutiano, ambos fenómenos delimitan el campo de observación. Lo que no es susceptible de ser observado a través de la empatía y la introspección no es psicológico y, en

sentido inverso, todo lo que se conoce a través de estos elementos pertenece al mundo de los fenómenos psíquicos.

Inductivismo eliminativo: Forma de inducción propuesta por Grünbaum como la idónea para demarcar la cientificidad de una disciplina. Señala que no solo la acumulación de evidencias (inductismo enumerativo) sirve para confirmar una hipótesis, sino que la evidencia tiene que *eliminar* otras explicaciones alternativas, y que es entonces nuestra hipótesis la preferida frente a otras hipótesis rivales.

Inductivismo enumerativo: Forma de inducción que señala que una hipótesis se confirma en la medida que vamos acumulando más y más evidencias a su favor.

Industria (Laboriosidad): Identificación con la tarea. En las fases del ciclo vital y de construcción de la Identidad es un vector organizado en torno a la adquisición y aprendizaje de habilidades que permiten que el sujeto se identifique con tareas que sienta propias y que a la vez obtienen reconocimiento social.

Instinto: Esquema de comportamiento heredado, propio de la especie animal que se trate. Aunque todavía haya autores que lo hacen equivalente al concepto de pulsión (Trieb), en Freud están claramente diferenciados.

Internalización transmutadota: Proceso evolutivo que sigue el *self* en busca de la cohesión necesaria para la salud mental. Según Kohut, en las primeras etapas del desarrollo del infante los padres estimulan empática y selectivamente en su hijo ciertos aspectos del *self* nuclear. Una vez que la relación con estos objetos es vivenciada como suficientemente estable, es necesaria una adaptación gradual respecto de la no disponibilidad de estas figuras, de tal manera que sus representaciones sean internalizadas y pasen a formar parte del *self* autónomo del sujeto.

Introyección: Término introducido por Sándor Ferenczi en 1909 para designar, en simetría con el mecanismo de proyección e introversión (repliegue autoerótico), el modo en que el sujeto hace entrar fantasmáticamente los objetos del afuera en el interior de su esfera de interés.

Libido (teoría de): La libido designa la energía sexual humana. Se adscribe a las pulsiones de reproducción (en la primera teoría de Freud de las pulsiones) y a las pulsiones de vida o Eros (en la segunda teoría de Freud). Va más allá de la concreta significación de genitalidad.

Longitudinal: Dícese de la investigación que incluye un seguimiento temporal prolongado, del curso vital, de las diferentes etapas de una secuencia, estudiando cada caso individualmente en su decurso temporal, recabando medidas repetidas de los fenómenos de interés.

Magnetismo animal (teoría del): Teoría popularizada por Mesmer (1734-1815), precursora del hipnotismo. Todos los organismos vivos poseerían un fluido universal, cuyo desequilibrio provocaría las enfermedades. Mesmer lo emparentó con las propiedades del imán, y por medio de pases magnéticos,

provocando estados convulsivos, restablecía las enfermedades nerviosas por la redistribución de ese fluido.

Matriz Grupal (Foulkes): «Todo social» formado por el conjunto de comunicaciones y relaciones entre los miembros de un grupo en interacción.

Mecanismos de defensa: Las defensas son formas con las que la psique se protege de la tensión interna o externa. Eluden la realidad (represión), la excluyen (negación), la redefinen (racionalización) o la revierten (formación reactiva). Estos mecanismos colocan los sentimientos internos en el mundo exterior (proyección), dividen la realidad (aislamiento), la alejan (regresión) o cambian su dirección (sublimación). Las defensas consumen energía psicológica (energía libidinal), lo cual limita indirectamente la flexibilidad y la fuerza del yo.

Meta-análisis: Procedimiento que permite considerar en forma conjunta datos provenientes de diferentes estudios a través del cálculo de los que se ha llamado «tamaño del efecto» de cada uno de los estudios (Rosenthal, 1983).

Metapsicología: Neologismo freudiano mediante el que expresaba la parte teórica del psicoanálisis en su más alto grado de abstracción. Freud lo propuso originalmente para indicar que su teoría psicológica iba más allá de la tradicional psicología de la conciencia. Se refiere más concretamente a las formulaciones de Freud sobre el aparato psíquico.

Método Clínico: En metodología se refiere al estudio de casos en profundidad, con especial énfasis en variables cualitativas, y en base a datos de observación en el contexto clínico o en el marco de la relación con el sujeto investigado.

Mito conyugal: Se entiende por «mito conyugal» el conjunto de ideas básicas sobre el origen de la pareja, motivos que les impulsaron a formarla y cierta visión de cada miembro de sí mismo y del otro como conjunto.

Mitos familiares: Ferreira (1963) introdujo el concepto de mitos familiares y dio ejemplos clínicos; esos mitos suelen servir de paradigmas familiares, ya sea para mantener el «statu quo» de la familia (homeostasis), o para diagramar modelos de crecimiento y orientaciones para el cambio en los momentos de crisis. En consecuencia, esos mitos funcionan en las familias de la misma manera que funcionan los mecanismos de defensa de los individuos. Cabe distinguir entre mitos fuertemente entrelazados y mitos más laxos» (Simon, Stierlin y Wynne, 1988, (p. 234). Byng-Hall (1973) describe el mito como «un sistema de papeles mutuamente acordado, pero deformado, que los miembros de la familia adoptan como postura defensiva y que no son puestos en tela de juicio desde dentro de ella... El mito representa un compromiso entre los miembros de la familia, de modo tal que las defensas del individuo y los cambios de los individuos son ataques al mito familiar».

Narcisismo: «Estar enamorado de sí mismo» sería lo que define el narcisismo según el mito griego del joven Narciso fascinado por su propia imagen; el concepto adquirió toda su importancia en la teoría psicoanalítica cuando pasó a

designar una fase necesaria de la evolución de la libido antes de que el sujeto se vuelva hacia un objeto sexual exterior.

Negación (Denegación): Término propuesto por Sigmund Freud para caracterizar un mecanismo de defensa mediante el cual el sujeto expresa de manera negativa un deseo o un pensamiento cuya presencia o existencia niega.

Neocatarsis: Término introducido por Ferenczi en 1930 para diferenciar la catarsis que tenía lugar en sus investigaciones técnicas en el periodo de la Técnica de relajación. Se diferencia del concepto de catarsis manejado por Freud y Breuer en que en la neocatarsis la abreación marcará un punto que orientará los siguientes pasos de la terapia.

Neo-positivismo (positivismo lógico): Posición filosófica por la que se inaugura la epistemología o teoría de las ciencias. Es la posición más usual para demarcar la cientificidad de las distintas disciplinas, tomando como ejemplo de actuación a las denominadas ciencias «duras», como la física.

Neurosis: Trastorno psíquico ocasionado por la oposición de dos tendencias, una libidinal y moral la otra. El conflicto creado se resuelve en síntomas neuróticos o formaciones sustitutivas. Es el campo casi exclusivo de toda la teorización clínica y técnica de Freud.

Neurosis de Transferencia: Se denomina así a la «neurosis experimental» creada en la vinculación del analizando con su psicoanalista, y que serviría para solucionar la neurosis que el analizando traía al tratamiento. Por eso se denomina iatrogénico al tratamiento psicoanalítico, pues para eliminar la neurosis efectiva del analizando se crea otra «artificial», que se disuelve al final del tratamiento.

Neurosis social: Concepto propuesto por Trigant Burrow para designar la patología observada en los grupos como reflejo de la cultura social dominante.

Núcleo confuso: Núcleo intermedio entre esquizoide y depresivo, con los que comparte algunos rasgos. Se caracteriza sobre todo por la oscilación de fases extremas de omnipotencia y de autodevaluación, con una elaboración incompleta de la culpa —predominio de la vergüenza— y la idealización del objeto. Las defensas incluyen, además de las de la fase anterior, la renegación (*Verleugnung*) y el desplazamiento. La angustia confusional no sólo se concreta en el temor hacia el exterior, de fondo paranoide, sino en la desconfianza e inseguridad en sí mismo.

Núcleo de personalidad de base: Organización básica de la personalidad, a partir de la teoría de Hernán Kesselman. Los núcleos se originan en las estructuras psicóticas de base, establecidas por la Escuela Inglesa —especialmente Fairbairn— pero se refieren a la formación estructural del carácter, como conducta automatizada que se muestra en la cotidianeidad del comportamiento y en la percepción del entorno, o —lo que es lo mismo— como defensa ante las angustias primitivas. En principio se supone la existencia de tres núcleos básicos: esquizoide, confuso y depresivo. Son estructuras compuestas por los vínculos fundantes y que se configura por el predominio de unos deter-

minados mecanismos de defensa, relativamente estables, no existe en las psicosis.

Núcleo depresivo: El tercero de los núcleos de la personalidad de base. Se manifiesta en una moderada valoración del sí mismo, sentimientos de culpa más dirigidos a motivos concretos —reales o no— y la apreciación ambivalente del objeto. La angustia es depresiva, esto es, surge del temor de dañar al objeto y se compensa con la tendencia firme a la reparación.

Núcleo esquizoide: Es el primero de los núcleos de personalidad de base. Se caracteriza por un vínculo de desapego y falta de empatía hacia el entorno, angustia paranoide, externalización de la culpa y por la utilización de defensas primitivas: proyección, escisión, introyección, identificación proyectiva, repudio (*Verwerfung*), junto con la racionalización e intelectualización, como mecanismos secundarios. Salvo el objeto arcaico gratificante, todos los demás pueden ser considerados amenazadores en potencia o sin identidad.

Nudo borromeo: Expresión introducida por Lacan en 1972 para designar las formas topológicas (de nudos trenzados) destinados a representar metafóricamente la trilogía *Real-simbólico-imaginario*, en función de la primacía de lo real sobre los otros dos componentes; los dibujos de Escher son utilizados también para mostrar este efecto.

Objeto: Término utilizado por Melanie Klein en 1934 para designar una modalidad de la relación sujeto-mundo (relación de objeto) tal como aparece en la fantasía infantil. El objeto se escinde en bueno y malo, es percibido como parcial, idealizado positiva o negativamente, vivido como objeto bueno, protector, u objeto persecutorio (ver *posiciones esquizoparanoide y depresiva*).

Objeto bizarro: Término acuñado por Bion para describir una partícula desprendida del Yo (en el marco de la actividad de la función beta), que lleva una vida autónoma, y no ha podido ser elaborado como pensamiento integrado (función alfa).

Objeto del Self: Todo objeto que favorece la cohesión del Self y su sentido de continuidad, aportando aquellas funciones de las que todavía carece el Self: legitimación de la experiencia, regulación de la angustia, etc.

Objeto Interno: El objeto interno es una experiencia de un objeto situado en nuestro interior. Es una fantasía inconsciente de un objeto concreto localizado en el interior del yo. Se crean y están activos desde el nacimiento.

Objetos del self (Objetos Sí mismo): En la teoría de Kohut, son las personas en las cuales el niño se refleja o a las que idealiza y a las que ve como extensión de sí mismo.

Oral (fase oral): Primera fase de evolución libidinal, que abarca los 10 ó 16 primeros meses, cuya zona erógena se sitúa en la zona bucolabial. La actividad se forma a partir de la nutrición, comer y ser comido.

Orientación sexual: Tendencia o atracción que siente una persona hacia las del otro sexo (heterosexual) o hacia las del mismo sexo (homosexual), o indis-

tintamente hacia varones y mujeres (bisexual). La orientación sexual se suele desvelar tras la etapa de latencia, en la preadolescencia, a través de atracción sexual, interés por mantener relaciones sexuales, evocación de fantasías sexuales, etc.

Paleocatarsis: Término introducido por Ferenczi en 1930 para hacer referencia al concepto de catarsis empleado por Sigmund Freud y Josef Breuer en sus primeros trabajos sobre la histeria.

Paradigma: Conjunto de ilustraciones recurrentes de diversas teorías en sus aplicaciones conceptuales, técnicas y de observación y sobre las que hay consenso en una determinada comunidad científica.

Parapraxia: Nombre tomado del griego para denominar al acto fallido, uno de los caminos más originales de Freud para el acceso al inconsciente. Supone un determinismo radical.

Patología del conflicto: Expresión utilizada por Borjñ Kilingmo para identificar la psicopatología que deriva de conflictos inconscientes, característicos de la neurosis, y en torno al conflicto edípico.

Patología del déficit: Expresión utilizada por Borjñ Kilingmo para identificar la psicopatología que deriva de situaciones carenciales, de déficit ambiental o privación, características de la patología límite y psicótica.

Personificaciones: En la teoría de Sullivan, son las primeras imágenes que del yo se adquieren, y, más tarde, las de otros seres humanos, mediante las cuales, el yo espera protegerse de la ansiedad. En razón de la conducta buena-mala de sí mismo, empatiza con la naturaleza buena-mala de otros, según interprete la conducta de éstos.

Perversión: Término empleado por los fundadores de la sexología que designa, a veces de manera peyorativa, las prácticas sexuales que se desvían de la norma social y/o sexualmente aceptada.

Portavoz: El portavoz es aquel que dice o hace algo, en un momento determinado —el emergente—, que es el signo de un proceso grupal que estaba latente. El enfermo «identificado» es el portavoz de un grupo familiar enfermo.

Posición: Aunque Klein plantea que hay dos posiciones fundamentales en los comienzos del desarrollo evolutivo humano, la esquizoparanoide y la depresiva, actualmente se define una posición como una modalidad específica de relaciones de objeto.

Posición confusional: Es una posición evolutiva caracterizada por la oscilación y por la angustia de separación que se postula desde la psicopatología vincular como intermedia entre las dos posiciones teorizadas por Melanie Klein: esquizo-paranoide y depresiva.

Posición depresiva: Consecutiva a la esquizoparanoide, se supera en el curso del primer año. Se reencuentra en la niñez y en los procesos de duelo y en los estados depresivos. La madre es ya un objeto total, se atenúa la escisión de los objetos en buenos y malos, las pulsiones agresivas y las libidinales tienden

a relacionarse con el mismo objeto. La angustia principal es la depresiva: temor a dañar o haber dañado a la madre con los impulsos hostiles, sádicos del sujeto. Contra esta angustia surgen defensas maníacas u otras más adecuadas, de reparación, inhibición de la agresividad. Se supera cuando el objeto amado es introyectado de manera estable y segura. Klein la considera el segundo tipo de relación de objeto. Disminuyen los procesos de escisión y los estados de integración son cada vez más frecuentes. La relación de objeto es total, siendo la ansiedad característica de pérdida y destrucción del objeto. Se logra el pensamiento abstracto, instaurándose el principio de realidad. Con respecto a las defensas los mecanismos psicóticos van cediendo paso a los neuróticos.

Posición esquizoparanoide: Klein: modalidad de relación de los primeros 4 meses de vida, que puede volver a encontrarse en la infancia y en los estados paranoides y esquizofrénicos del adulto. Características: coexistencia de pulsiones agresivas con pulsiones libidinales muy intensas. El objeto es parcial (el pecho materno) escindido en «bueno» y en «malo». Los procesos psíquicos predominantes son la disociación, la introyección y la proyección. La angustia predominante es la persecutoria o paranoide (temor a la destrucción del sujeto por el objeto «malo»). Klein la considera el primer tipo de relación de objeto. En esta posición se parte de una escisión de los objetos, objetos parciales, (pecho bueno y pecho malo), que se van integrando hasta su consecución como objetos totales en la siguiente posición. La relación con el objeto es parcial. El pensamiento concreto está instaurado en esta posición. Los mecanismos de defensa más utilizados son; escisión, proyección e introyección, idealización, identificación proyectiva etc.

Positivismo Posición filosófica que parte de un empirismo radical, donde lo científico es únicamente lo que satisface criterios radicales de experimentación, verificación y contrastación de objetivos. Como corriente de pensamiento se opone a todos los idealismos y corrientes intuitivas.

Preconsciente: Sistema freudiano de su primera formulación (tópica), que se caracteriza porque sus contenidos, inconsciente en forma descriptiva, pueden ser fácilmente recuperados con un pequeño esfuerzo mental.

Principio de placer: Principio que rige el funcionamiento psíquico, que tiende a evitar el displacer y conseguir el placer por el camino más corto. El conjunto de la actividad psíquica tiene por finalidad evitar el displacer y lograr el placer. Como el displacer va ligado al aumento de excitación, este principio es económico, se trata de un mecanismo de regulación automática. Está en conexión con el principio de realidad. En un principio las pulsiones solo querrían descargarse por las vías más cortas. Luego se efectúa un aprendizaje de la realidad única, vía que con rodeos y aplazamientos necesarios da la satisfacción deseada. Está al servicio del Yo.

Principio de realidad: Principio que rige el funcionamiento psíquico, modificando el principio del placer, para regular la obtención de metas mediante rodeos adaptados.

Proceso primario y proceso secundario: El aparato psíquico tiene dos formas de funcionamiento: *a)* desde el punto de vista tópico: el proceso primario caracteriza al sistema inconsciente, mientras que el proceso secundario caracteriza al preconscious-consciente. *b)* Desde el punto de vista dinámico la energía psíquica fluye libremente, pasando de una representación a otra por los mecanismos de desplazamiento y condensación. Carga plenamente a las representaciones ligadas a las experiencias de satisfacción constitutivas del deseo (alucinación primitiva). En el proceso secundario, la energía es primero ligada antes de fluir de forma controlada; las representaciones son cargadas de manera más estable, la satisfacción es aplazada, lo que permite experiencias mentales que ponen a prueba las distintas vías de satisfacción. En la formación de síntomas y en los sueños hay mecanismos como el desplazamiento por el cual a una representación en apariencia insignificante se le atribuye el valor psíquico, la significación, la intensidad atribuidas originalmente a otra. La condensación es una representación única. Por las vías más cortas se trata de obtener una identidad de percepción, es decir, reproducir alucinatoriamente las representaciones a las que se les ha dado un valor privilegiado en la experiencia de satisfacción original. Al proceso secundario se le adjudica el pensamiento vigil, la atención, el juicio, el razonamiento, la acción controlada. Paralelismo con Principio de placer y Principio de realidad. Los dos tipos de procesos corresponden al nivel de la representación, a dos etapas de la diferenciación del aparato neuronal y a la evolución del organismo.

Proceso Terapéutico: Se refiere tanto a descripciones o modelos del curso completo del tratamiento (el proceso en un sentido holístico), como a los mecanismos del cambio, es decir, las acciones o ingredientes que producen y explican el cambio en una secuencia dada (p.e. la presencia de proceso analítico en una sesión o secuencia de sesiones).

Propio –ser genuino: Concepto que Bollas toma de Winnicott y que reformula como la presencia singular de existir que cada uno de nosotros es: el idioma de nuestra personalidad. Como potencial heredado depende del cuidado materno para su evolución (Bollas, 1991).

Proyección: Término utilizado por Sigmund Freud a partir de 1895, esencialmente para definir el mecanismo de la paranoia, pero retomado más tarde por el conjunto de las escuelas psicoanalíticas como designación de un modo de defensa primaria, común a la psicosis, la neurosis y la perversión, mediante el cual el sujeto proyecta sobre otro sujeto o sobre un objeto algunos deseos que provienen de él pero cuyo origen él mismo desconoce y atribuye a una alteridad exterior.

Psicoanálisis existencial: Término forjado en lengua alemana (Daseinanalyse) en 1924 por el psiquiatra Jacob Wyrsh para designar el método terapéutico propuesto por Ludwig Binswanger. Este método combina el psicoanálisis freudiano con la fenomenología heideggeriana, y toma como objeto la existencia del sujeto en la triple dimensión del tiempo, el espacio y su relación con

el mundo. Por extensión, el análisis existencial terminó abarcando a todas las corrientes fenomenológicas de psicoterapia.

Psicología del Self: Formulaciones teóricas de Heinz Kohut en torno al narcisismo y al self. La esencia fundamental de la psicología humana reside en la necesidad de la persona de organizar su psique en una configuración cohesiva: el self y en establecer relaciones con el medio que sustenten al self. El self es un organizador de la experiencia del hombre.

Psicosis: Trastorno psíquico mayor, cuya principal característica es el rechazo de la realidad objetiva, provocando delirios y alucinaciones.

Psicosis puerperal: La madre se ensimisma, está apartada, triste, rechaza al bebé, esta insomne, inapetente, desaliñada. A veces refiere alucinaciones, en general auditivas y tiene ideas delirantes. Este cuadro puede remitir espontáneamente en días, semanas o meses. Aquí es importante la tolerancia familiar: marido, padres, etc. para absorber y modificar la ansiedad de vaciamiento o castración de la enferma. Las ideas son de tipo paranoide: de ser robada, envenenada, muerta. Hay también sentimientos de desvalorización y autorreproche con características melancólicas. Las manifestaciones más alarmantes son las de suicidio y/o ataque directo a la criatura, pero la puérpera pide ayuda antes de la acción. El deseo de dar muerte al bebé se origina en la fantasía consciente de que el niño sufre y sufrirá más aun y que sólo la muerte podrá salvarlo. La dinámica interna del filicidio resulta de la proyección en el hijo de una parte del yo atacada y dañada por un objeto interno implacable. La muerte del bebé eliminaría el dolor y el terror así como al objeto interno terrorífico.

Pulsión (Pulsión sexual) (teoría pulsional): Concepto básico de la metapsicología freudiana, fronterizo entre lo somático y lo psíquico. Supone una excitación interna, que provoca una tensión que ha de satisfacerse mediante algún objeto específico. Freud planteó dos distintas teorías sobre la pulsión. La Pulsión es un proceso dinámico consistente en un impulso (carga energética, factor de motilidad) que hace tender al organismo hacia un fin. La pulsión tendría origen en una excitación corporal (estado de tensión), su fin es suprimir la tensión que reina en la fuente pulsional, gracias al objeto, la pulsión alcanza su fin. (Antes instinto o tendencia). Cuando Freud habla de instinto es para calificar un comportamiento animal hereditariamente fijado y que es idéntico para todos los individuos de una misma especie. El término pulsión (trieb) indica el empuje irreprimible. El objeto es variable y contingente y solo es elegido en su forma definitiva en función de las vicisitudes de la vida del sujeto y los fines son múltiples parcelas (pulsión parcial) dependientes de fuentes somáticas que también son múltiples y adquieren una función prevalente (zonas erógenas), vale decir que las pulsiones sexuales no se subordinan a la zona genital. El empuje es un trabajo que se impone al aparato psíquico. La pulsión es un concepto límite entre lo somático y lo psíquico que va unido a la representación de la pulsión: elementos o procesos en los que la pulsión encuentra su expresión psíquica. Al principio Freud distin-

guía las pulsiones sexuales y las de autoconservación. Desde 1920, en «Más allá del principio de placer», dos son las pulsiones: de vida y pulsiones de muerte (destruktiva), el Ello es el reservorio pulsional de ambas. La energía utilizada por el Yo la toma de este fondo en forma de energía desexualizada y sublimada. Las pulsiones están en el trasfondo de las tensiones generadoras de necesidades. En la etapa pregenital infantil las pulsiones parciales, aún desorganizadas, buscan su satisfacción placentera en el cuerpo: autoerotismo.

Pulsión de muerte: Pulsión básica para Freud en su segunda teoría. Introducida en 1920, quiere significar una tendencia hacia la autodestrucción en todo ser viviente, al estado inorgánico.

Reacción Terapéutica Negativa (RTN): Recrudescimiento de los síntomas y empeoramiento general del estado de un analizando, cuando en principio se esperaba una mejoría. Se atribuye a una culpabilidad inconsciente y se genera por una mala evaluación de la relación terapéutica.

Real: Término filosófico usado por Lacan para designar una realidad fenoménica imposible de simbolizar. Designa la realidad propia de las psicosis, en tanto está constituida por significantes excluidos de lo simbólico.

Realidad psíquica: Expresión empleada en el psicoanálisis para designar una existencia de lo subjetivo distinta de la realidad material, determinada por lo fantasmático y el deseo. La fantasía inconsciente y la relación de objeto son elementos característicos que configuran la Realidad Psíquica.

Reelaboración (Working Trough): Es el trabajo inconsciente por el que se produce la cura psicoanalítica (Laplanche y Pontalis). Denominado también Translaboración, Preelaboración, remite al trabajo inconsciente que sigue a la interpretación hasta la producción del cambio estructural.

Regresión al servicio del Yo: Proceso de organización libidinal del sujeto que, enfrentado a frustraciones intolerables, retornaría, para protegerse, a estadios arcaicos de su vida libidinal, fijándose a ellos en la perspectiva de volver a encontrar allí una satisfacción perdida y reencontrada de nuevo.

Reintroyección: Reincorporación de lo proyectado. En el juego Introyección-Proyección se producen constantes reintroyecciones de lo proyectado.

Relaciones de Objeto: Término utilizado con gran frecuencia en el psicoanálisis contemporáneo para designar el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantasmática de los objetos y de unos tipos de defensa predominantes.

Representación: En filosofía, es el contenido de un acto de pensamiento. Freud contrapone la representación del montante afectivo, o connotación emocional que acompaña a una idea.

Represión: Mecanismo básico descubierto por Freud para la gestación de los trastornos neuróticos. En los escritos freudianos a veces se confunde con la

noción de defensa en general. Puede ser exitosa o fracasada, y en este último caso es cuando produce los síntomas neuróticos.

Resistencia: Término empleado en psicoanálisis para designar el conjunto de las reacciones de un analizante, cuyas manifestaciones, en el marco de la cura, obstaculizan el desarrollo del análisis. En términos generales, es el concepto técnico que señala todo lo que se opone al avance del tratamiento psicoanalítico. Las resistencias más importantes son de carácter inconsciente. En el tratamiento psicoterapéutico, es todo lo que en actitudes, acciones o palabras del paciente se opone a que el sujeto tome conciencia de percepciones, ideas, recuerdos, sentimientos o conexiones que lo lleven a desarrollar insight en la naturaleza de sus conflictos inconscientes. Es una labor defensiva inconsciente del Yo. Al principio la resistencia es inconsciente pero puede persistir aunque haya sido reconocida. (Según qué situación particular: quedarse dormido). En la Reacción Terapéutica Negativa es el Ello que se castiga por su sentimiento de culpa, impidiendo un progreso en el tratamiento. Resistencia transferencial, etc.

Resistencia de Identidad: Una forma de resistencia que mantiene el sentimiento de Sí o sentimiento de Identidad (Erikson).

Reverie: Capacidad de la figura materna y sus sustitutos, incluido el terapeuta, de ensoñar las representaciones mentales del sujeto/paciente, haciéndolos accesibles a la comunicación y experiencia. El fracaso de la función continente-contenido en el desarrollo, y de su despliegue en la madre mediante la función de *reverie*, impide la elaboración de las experiencias psicóticas, y dificulta el acceso al pensamiento integrado mediante la función simbólica (Bion).

Rol (Moreno): Piedra angular de su teoría grupal. Es anterior al Yo, que precisamente se forma a partir de los roles. Moreno lo define como «Forma de funcionamiento que asume un individuo en un momento específico y como reacción a una situación específica».

Rol de género: Repertorio comportamental y de valores que, desde la deseabilidad social, para cada cultura y momento histórico, delimitan el contenido de la masculinidad y feminidad. Se adquiere a través de los mecanismos de control que instala el proceso de socialización.

Rol sexual: Papeles sociales asignados en base al sexo biológico, que incluyen rasgos, cualidades, valores, definidos socialmente.

Seducción (teoría de la): Primera teoría de Freud sobre las neurosis, que se basaba en la ocurrencia real de una escena de abuso sexual en la infancia del paciente, por medio de un adulto.

Self (Sí mismo): Primeramente utilizado por Heinz Hartmann en 1950, en el marco de la Psicología del Yo, para diferenciar el yo como instancia psíquica (en inglés ego) respecto del sí-mismo como propia persona, la noción del self (sí-mismo) fue a continuación empleada para designar una instancia de la personalidad en sentido narcisista: una representación de uno mismo para sí mismo, una investidura libidinal de uno mismo (Heinz Kohut).

Señalamiento: Intervención verbal del analista en la sesión, por la que se llama la atención sobre un contenido o proceso. Son señalamientos las actividades de puntuación o subrayado de un tema, y las actividades de confrontación.

Separación-Individuación: Proceso descrito por Margaret Mahler característico del desarrollo infantil, por el cual el sujeto tolera progresivamente la separación del objeto (frente a la simbiosis precedente con el objeto), y por efecto se desarrolla la individuación, proceso de subjetivación.

Sexo / Género: El recién nacido tiene un sexo pero no tiene género. El *sexo* biológico se puede determinar normalmente por la anatomía física, aunque en ocasiones habrá de ser contrastado con el código genético a nivel cromosómico. Las experiencias, sentimientos y conductas culturales asociadas por los adultos con esta diferencia biológica le transmitirán un *género*. El género es expresión de las creencias atávicas que determinan estereotipos sociales sobre la diferencia sexual e incide en la conducta de los individuos.

Sexualidad infantil: Descubrimiento «oficial» de Freud en 1905, que la distingue de la sexualidad tradicional puberal. Es fundamental en la teoría psicoanalítica para desarrollo sexual adulto, y transcurre por diversas fases (oral, anal y fálico-genital).

Simbiosis/Fase simbiótica: Fase inicial del desarrollo infantil, postulada por Margaret S. Mahler, según una metáfora tomada de la biología, para significar el estado de fusión con la madre en el que todavía no se ha diferenciado el yo del no-yo. No constituye ninguna posición porque todavía no existe la mínima estructuración del psiquismo infantil. Desde la psicología vincular se ha denominado a esta fase «glischrocática».

Simbólico: Término tomado de la antropología, y usado por Lacan para designar un sistema de representación basado en el lenguaje, es decir, en signos y significaciones que a veces determinan al sujeto sin que él lo sepa.

Sistema del Yo: En la teoría de Sullivan, el mundo es ámbito de ansiedad. El sistema del yo es un intento por construir un sistema que resguarde a la persona de la tensión. Por ejemplo, conformarse a las reglas sociales de sus padres le permite al niño evitar la ansiedad; ser un niño bueno es motivo de halagos, ser malo, recibir castigos.

Sistema protomental (Bion): Lugar metapsicológico donde se encuentran los supuestos básicos no activos ni manifiestos en un momento grupal coyuntural.

Situación (En el grupo, Foulkes): Representación en miniatura del todo social. Se analiza en términos de estructura (Pautas de relación relativamente estables y continuas), en términos de proceso (conjunto dinámico en función de las interacciones de los miembros) y de contenido.

Situación grupal: Secuencia de conductas verbales y extraverbales que resultan del empleo preferente y significativo de un conjunto de mecanismos de defensa.

Sobredeterminación (causal): Teoría causal en la que se establece en intervienen en la producción de un fenómeno un variado número de causas que se inter-determinan entre de ellas de manera no conocida.

Sombra: Lado negativo de la personalidad, suma de todas las características desagradables que el sujeto desea ocultar; la parte inferior, despreciada y primitiva de la naturaleza humana; el aspecto «oscuro» del self.

Sostenimiento (*Holding*): El sostenimiento es la conducta emocional de la madre respecto a su hijo. Puede ser exitoso o fracasar, de ahí surgen los distintos grados de perturbación psíquica (Winnicott).

Sublimación: Para Freud se trata del proceso que da cuenta de una gran parte de la actividad humana (literaria, científica, espiritual, etc.) sin relación aparente con la sexualidad, pero con la energía extraída del campo sexual. Actividades de sublimación son la artística, la investigación intelectual y el juego infantil. La pulsión se sublima si cambia de fin a otro no sexual y hacia objetos socialmente valorados.

Sugestión (hipnótica): Influencia psicológica de un individuo sobre otro. Como medio terapéutico se usó para convencer a un enfermo de que sus creencias son falsas. Puede usarse bajo hipnosis, para aumentar los efectos de ella.

Super-yo: Polo moral y normativo de la personalidad según la segunda formulación freudiana (estructural) del aparato psíquico. Juez o censor del Yo. Funciones: conciencia moral, la autoobservación, la formación de ideales. Heredero del C. de Edipo se forma por la interiorización de exigencias y prohibiciones parentales. Klein pone su origen en etapas pre-edípicas.

Supuesto básico (Bion): Creencia emocional subyacente a la vida de un grupo. Puede ser de tres tipos: Dependencia, Ataque-fuga y emparejamiento.

Supuesto básico de ataque-fuga (Bion): Creencia emocional de un grupo que hace que prime la agresión, generalmente hacia a quien se había idealizado en el supuesto básico de dependencia.

Supuesto básico de dependencia (Bion): Creencia emocional de un grupo que hace que todo dependa de la labor de un líder, que es el único que puede llevarle adelante.

Supuesto básico de emparejamiento (Bion): Creencia emocional de un grupo en el que predominan los sentimientos de esperanza, centrados en una pareja que se ha formado en el seno del grupo.

Tamaño del efecto: Los tamaños del efecto, medida clave en los estudios de Meta-análisis para estimar la magnitud del cambio, se calculan de acuerdo a la siguiente fórmula: $ES = (M1 - M2) / D. S.$ (siendo que ES = tamaño del efecto; M1 = la media del grupo que recibió el tratamiento; M2 = la media del grupo control; D. S. = La desviación típica conjunta).

Tarea (Pichon Rivière): Concepto centran en la concepción de grupo operativa. El grupo debe operar sobre la tarea. Puede ser manifiesta o latente.

Técnica del juego: Klein aplica las reglas de la interpretación onírica a los juegos, considerando las respuestas del niño como asociaciones susceptibles de ser interpretadas. Plantea que la transferencia puede establecerse a edades tempranas, descubriendo como los niños nos muestran sus ansiedades y fantasías, simbólicamente, a través de la práctica del juego en sesión.

Teoría vincular: Teoría postulada por Enrique Pichon-Rivière en la que se establece el vínculo como el origen de la diferenciación psicológica del individuo, diferenciación merced a la introyección en el infante de sus tres elementos, el self, el objeto y la relación que reproduce entre ellos.

Terapia de parejas: La terapia de parejas se ha desarrollado junto a la terapia familiar y, a la vez, independientemente de ella. Desde el punto de vista de la terapia familiar, una pareja es un sistema; desde la perspectiva de una terapia basada en el individuo, se considera a la pareja como una red interaccional de dos individuos cuyas necesidades armonizan o se contraponen (Simon, Stierling y Wynne, 1988. Vocabulario de Terapia Familiar, p. 371).

Trama edípica: Escenario intersubjetivo en el que tiene lugar la matriz del conflicto edípico. Historia del conflicto edípico en un caso dado.

Transferencia: Término introducido progresivamente por Sigmund Freud y Sándor Ferenczi (entre 1900 y 1909) para designar un proceso constitutivo de la cura psicoanalítica, en virtud del cual los deseos inconscientes del analizante concernientes a objetos exteriores se repiten, en el marco de la relación analítica, con la persona del analista, colocado en la posición de esos diversos objetos. Es el conjunto de reacciones del analizando hacia el psicoanalista, a través de las cuales se actualizan deseos inconscientes. Es una suerte de repetición de prototipos infantiles. Se considera como la clave de la cura psicoanalítica, aunque Freud la consideraba al principio como un obstáculo.

Transferencia narcisista (y sus variantes): El objetivo de la cura analítica de las perturbaciones narcisistas propuesta por Kohut consiste esencialmente en proporcionar la cohesión que el sí-mismo del paciente no pudo obtener de sus figuras parentales. De este modo, el *setting* analítico promueve la reacción de las transferencias narcisistas como parte de una continuación del desarrollo emocional del paciente. El orden de aparición de las distintas transferencias depende, esencialmente, de las fallas del área narcisista del analizado. Por ejemplo, un sujeto cuyo *self* está en el polo «grandioso» establece una transferencia especular. Si el déficit reside de manera esencial en el polo «idealizado», la transferencia será de tipo idealizada.

Valencia (Bion): Capacidad individual de insertarse en las situaciones emocionales de un grupo. Puede ser positiva o negativa.

Vergüenza: La vergüenza es un sentimiento inherente al proceso de construcción de la Identidad, que incluye el sentimiento de continuidad temporal del sentido de uno mismo, y su contraste con lo social. Implica ser consciente de uno mismo y de los límites en la relación con lo social.

Vínculo (y vínculo fundante): El vínculo es toda relación con las figuras significativas del entorno. Es el origen de la diferenciación psicológica por la introyección de sus tres elementos: el Self, el objeto y la relación que se produce entre ellos. Esos primeros vínculos son los vínculos fundantes. En el grupo es la unidad mínima significativa que condiciona toda dinámica grupal. No se palpa, se accede a él por sus efectos.

Yo: Estructura reguladora de la personalidad en la segunda formulación freudiana (estructural), que mediaría entre el ello, el super-yo y la realidad externa. Desde el punto de vista tópico está en relación de dependencia con el Ello, como a los imperativos del Superyó y las exigencias de la realidad. Mediador de la totalidad de la persona, surge del contacto del Ello con el exterior. Desde lo dinámico es el polo defensivo de la personalidad motivado por la señal de angustia ante la percepción de displacer.

Yo corporal: Es el de las fases tempranas de constitución del Yo. En esa época, anterior a la teoría estructural (1920), el Yo estaba asimilado a: sujeto, organización o estructura psíquica general o al Self. Hoy el Yo es una de las estructuras del aparato psíquico con funciones y contenidos entre los cuales están las representaciones del Self y de los objetos. Las primeras imágenes del Self están contrapuestas al no-Self, y están basadas en la percepción del cuerpo. Centramiento del bebé en el amamantamiento, gratificaciones placenteras y evitación del displacer: hambre. La boca, por lo tanto, es el primer núcleo importante de la representación del Self al que luego se incorporan las manos, los ojos y la cabeza. Esta imagen corporal se va expandiendo hasta incluir todo el cuerpo bajo la influencia del desarrollo libidinal. Importancia de la bipedestación y la locomoción; en la pubertad, de los órganos genitales. El cuerpo es donde se origina la representación del Self pero gradualmente ésta es una representación psicofisiológica global que incluye el pasado, el presente, las pulsiones, el Yo y sus funciones y finalmente las fuerzas del Superyó.

Yo-grupal: Concepto ambiguo propuesto por Wolf, que vendría a indicar una especie de superestructura con quien se tienden a identificar los miembros de un grupo.

Zona del Yo depositaria de los conflictos: Los factores autónomos del Yo (como por ejemplo la adaptación) pueden o no permanecer en el «área libre de conflictos» y también pueden resultar implicados en la defensa del Yo contra las pulsiones, contra la realidad externa y contra la presión moral.

Zona del Yo libre de conflictos: Hartmann propone que el Yo no surge únicamente del conflicto entre el Ello y la realidad, sino que aquel está presente desde el nacimiento, representado por algunas funciones que, por no estar inmersas en el conflicto entre la realidad interna y externa, y en consecuencia, exento de la lucha contra los impulsos, son autónomas y corresponden a un «área libre de conflictos».

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, K. (1924). Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales. En *Contribuciones a la teoría de la libido*. Buenos Aires: Hormé, 1973.
- ABRAHAM, K. (1955). *Selected Papers* (vols.1-2). Nueva York: Basic Books. [Originales de 1927 a 1955]
- ABRAHAM, K. (1973a). Contribuciones a la teoría del carácter anal. En *Contribuciones a la teoría de la libido*. Buenos Aires: Hormé. [Original de 1921]
- ABRAHAM, K. (1973b). Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales. En *Contribuciones a la teoría de la libido*. Buenos Aires: Hormé. [Original de 1924]
- ABURTO, M., ÁVILA, A. *et al.* (Colectivo GRITA). (1999). La subjetividad en la técnica analítica. *Intersubjetivo*, 1(1), 7-55.
- ACKERMAN, N. (1966). *Treating the Troubled Family*. Nueva York: Basic Books.
- ACKERMAN, N. (1977). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismos de la vida familiar*. Buenos Aires: Ediciones Hormé. [Original de 1966: *The Psychodynamics of Family Life*. Nueva York: Basic Books]
- ADLER, A. (1964). *El sentido de la vida*. Barcelona: Luis Miracle, S. A. [Original de 1935: *Der Sinn des Lebens*]
- ADLER, G. (1957). *Etudes de psychologie jungienne*. Ginebra: Georg.
- AGUILAR, J., OLIVA, M.^a V. y MARZANI, C. (1998). *L'entrevista psicoanalítica. Una investigación empírica*. Barcelona: Columna
- ALEXANDER, F. (1950). Analysis of the Therapeutic Factors in Psychoanalytic Treatment, *Psychoanalytic Quarterly*, 19, 482-500.
- ALEXANDER, F. (1960). *Fundamentals of psychoanalysis*. Chicago: Allen & Unwin.
- ALEXANDER, F. y FRENCH, T. M. (1948). *Studies in Psychosomatic Medicine*. Nueva York: Ronald Press.

- ALEXANDER, F. y FRENCH, T. M. (1956). *Terapia Psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1946: *Psychoanalytic Therapy*. Nueva York: Ronald Press]
- ALEXANDER, F., SELECINICK, S. y GROTHJAHN, M. (1966). *Psychoanalytic Pioneers*. Nueva York: Basic Books.
- ALEXANDER, F.; FRENCH, T. M. y POLLOCK, G. (1968). *Psychosomatic Specificity* (Vol. 1). Chicago: University of Chicago Press.
- ALEXANDER, F. G. y SELESINICK, S. T. (1970). *Historia de la psiquiatría (una evaluación del pensamiento psiquiátrico desde los tiempos prehistóricos hasta nuestros días)*. Barcelona: Spax. [Original publicado en 1965]
- ALEXANDER, L. B. y LUBORSKY, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. En L. S. Greenberg y W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325-366). Nueva York: Guilford.
- ALLPORT, F. H. (1924). *Social Psychology*. Boston.
- ANDOLFI, M. (1984). *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1977: *La terapia con la familia*. Roma: Ubaldini Editore]
- ANGUERA DOMENJO, B. y GIMÉNEZ SEGURA, M.^a C. (1994). Fundamentos de la psicoterapia psicoanalítica: Primeros pasos. En Ávila y Poch (comps), *Manual de Técnicas de Psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI.
- ANZIEU, D. (1971). *La Dinámica de los Grupos Pequeños*. Buenos Aires: Kapelusz.
- ANZIEU, D. (1978). *El Grupo y el inconscient*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- ANZIEU, D. (1979). *El autoanálisis de Freud. El descubrimiento del psicoanálisis* (2 vols.). México: Siglo XXI ed. [Original de 1959, revisado en 1975: *L'auto-analyse de freud et la découverte de la psychanalyse*, París, PUF. 2 Vols]
- ANZIEU, D. (2001). *Psicoanalizar*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- APONTE, H. J. y VAN DEUSEN, J. M. (1981). Structural family therapy. En A. S. Gurman y D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- ASCH, S. E. (1951). Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgments. En Guetzkow, Harold, *Groups, leadership and men; research in human relations* (pp. 177-190). Oxford: Carnegie Press.
- ASSOUN, P. L. (1981). *Introduction a la epistemologie freudienne*. París: Payot. [Versión castellana: *Introducción a la epistemología freudiana*. México: Siglo XXI]
- ASSOUN, P. L. (1984). Los grandes descubrimientos del psicoanálisis. En Jaccard, R. (Dir.), *Historia del Psicoanálisis, Vol. 1 Origen y nociones centrales*. (pp. 135-194). Buenos Aires: Juan Granica. [Original de 1982; *Histoire de la psychanalyse*. París: Hachette]
- ASSOUN, P. L. (1984a). Los fundamentos filosóficos del psicoanálisis. En Jaccard, R. (Dir.), *Historia del Psicoanálisis, Vol.1 Origen y nociones centrales* (pp. 67-96). Buenos Aires: Juan Granica Ed. [Original de 1982; *Histoire de la psychanalyse*. París: Hachette]

- ASSOUN, P. L. (1984b). Los grandes descubrimientos del psicoanálisis. En Jaccard, R. (Dir.) *Historia del Psicoanálisis, Vol. 1 Origen y nociones centrales*. Buenos Aires: Juan Granica Ed. [Original de 1982]
- ATWOOD, G. y STOLOROW, R. (1984). *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- ATXOTEGUI, J. (1994). Delimitación conceptual del área de las psicoterapias psicoanalíticas. En Ávila, A. y Poch, J. (comps.). *Manual de Técnicas de Psicoterapia (un enfoque psicoanalítico)* (pp. 35-52). Madrid: Siglo XXI.
- AULAGNIER, P. (1977). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu. [Original de 1975]
- AULAGNIER, P. (1986). *El aprendiz de historiador y el maestro brujo. Del discurso identificante al discurso delirante*. Buenos Aires: Amorrortu. [Original de 1984]
- ÁVILA ESPADA, A. (1979). Psicodiagnóstico vincular (parte general). *Clínica y Análisis Grupal*, 4(16), 254-269.
- ÁVILA ESPADA, A. (1988). La contribución del Grupo a la Psicología Clínica y Comunitaria. En *El Grupo, lugar de encuentro y divergencia* (pp. 194-224). Madrid: Quipú ediciones.
- ÁVILA ESPADA, A. (1990). La investigación del proceso, alternativa a la integración de los diferentes enfoques teóricos y técnicos en psicoterapia. *Clínica y Salud*, 1(1), 13-19.
- ÁVILA ESPADA, A. (1992). Psicodiagnóstico Vincular. En A. Ávila Espada y C. Rodríguez Sutil (comps.). *Psicodiagnóstico Clínico. Aspectos conceptuales y perspectivas*. Madrid: Editorial Universitaria de Madrid.
- ÁVILA ESPADA, A. (Dir.) (1993). *Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico-Vincular* (tomos 1-2). Madrid: Quipú ediciones/Biblioteca Nueva.
- ÁVILA ESPADA, A. (1994). Contribuciones de la investigación sobre la psicoterapia psicoanalítica. En Ávila Espada, A. y Poch i Bullich, J. (comps.), *Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico* (pp. 625-666). Madrid: Siglo XXI.
- ÁVILA ESPADA, A. (1996). Planteamientos y desafíos de la investigación para la psicoterapia psicoanalítica de fin de siglo. En Gutiérrez, Chamorro y Bach (comp.), *Psicoanálisis y Universidad*. Madrid: Profesores de Psicoanálisis en la Universidad (PPU).
- ÁVILA ESPADA, A. (2001). Reglas, vectores y funciones del encuadre. Su papel generador del proceso analítico. *Intersubjetivo*, 3(1), 29-42.
- ÁVILA ESPADA, A., BASTOS, A., CASTELO, J., GARCÍA-VALDECASAS, S., GASPARINO, A., PINTO, J. M., RUBÍ, M. L., VIADA, A., VIVAR, P. y ABURTO, M. (2002). Reflexiones sobre la potencialidad transformadora de un psicoanálisis relacional. *Intersubjetivo*, 4(2), 155-192.

- ÁVILA ESPADA, A., CARO, I., ORLINSKY, D., COSCOLLÁ, A., RODRIGUEZ, S. y ALONSO, M. (2000). El desarrollo personal y profesional de los psicoterapeutas españoles. *Boletín de Psicología*, 69, 43-69.
- ÁVILA ESPADA, A. y POCH, J. (comps.) (1994). *Manual de Técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI.
- ÁVILA ESPADA, A., RODRÍGUEZ SUTIL, C. y HERRERO SÁNCHEZ, J. R. (1997). Evaluación de la Personalidad Patológica. Nuevas Perspectivas. En A. Cordero (comp.), *Evaluación Psicológica en el año 2000*. Madrid: TEA.
- BACHS, M. F. (1988). *Psychotherapy. The Science behind the Art*. Nueva York: Basic Books.
- BALBUENA, F. (2001). Otto Rank, psicoanálisis, terapia de la voluntad. *Revista de Historia de la Psicología*, 22, 271-273.
- BALINT, M. (1953). *Primary Love and Psychoanalytic Technique*. Nueva York: Live-right.
- BALINT, M. (1957). *El médico, su paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros Básicos.
- BALINT, M. (1968). Prefacio. En *Obras completas de Sándor Ferenczi* (Tomo I). Madrid: Espasa-Calpe, 1981.
- BALINT, M. (1979). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Barcelona: Paidós, 1993.
- BALINT, M. (1982). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Barcelona: Editorial Paidós. [Original publicado en 1967]
- BALINT, M. y BALINT, E. (1961). *Técnicas psicoterapéuticas en Medicina*. México: Siglo XXI.
- BALINT, M., ORNSTEIN, P. H., y BALINT, E. (1986). *La psicoterapia focal*. Buenos Aires: Gedisa. [Original de 1985: *Focal Psychotherapy*. Wivenhoe: Mark Pater-son & Assoc]
- BANDURA, A.; LIPSHER, D. y MILLAR, P. E. (1960). Psychotherapist's approach-avoidance reactions to patients' expressions of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 1-8.
- BARANGER, M. y BARANGER, W. (1961-1962). La situación analítica como campo dinámico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 4, 3-54. [Incluido en Ibid. *Problemas del campo psicoanalítico*. Buenos Aires: Kargieman, 1969]
- BARLOW, D. H. (1996). Health Care Policy, Psychotherapy Research and the Future of Psychotherapy. *American Psychologist*, 1050-1058.
- BARNETT, M. C., BENEDEK, T., GLENN, J., HEIMAN, M., JAFFE, D. S., KAPLAN, E. H., KEISER, S., KESTENBERG, J. S., MOORE, B. E. y ORR, D. W. (1968). *La Sexualité féminine controversée*. París: Presses Universitaires de France. [ed. rev. 1976]
- BARRÓN, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARTON EVANS III, F. (1996). *Harry Stack Sullivan: Interpersonal theory and psychotherapy*. Nueva York: Routledge.
- BASABE, J. (1982). *Principios de Personología Dinámica*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- BASABE, J. (1983). *Síntesis del pensamiento de Fromm* (2.^a ed. rev.). Barcelona: Hogar del Libro. [Original de 1974]
- BATEMAN, A. (2002). Integrative therapy from an analytic perspective. En J. Holmes y A. Bateman (Eds.), *Integration in psychotherapy: Models and methods*. Nueva York: Oxford University Press.
- BATESON, G. (1976). *Pasos para una ecología de la mente*. Buenos Aires: Ediciones Carlos Lohlé. [Original de 1972: *Steps to an ecology of mind*. Nueva York: Chandler Publ]
- BAULEO, A. (1970). *Ideología, grupo y familia*. Buenos Aires: Kargieman.
- BAUMANN, B. D. *et al.* (2001). The Capacity for Dynamic Process Scale: An Examination of Reliability, Validity and Relation to Therapeutic Alliance. *Psychotherapy Research*, 11 (3), 275-294.
- BECKER, H. S. (1999). *Freud, Dora y la Viena de 1900*. Madrid: Biblioteca Nueva-APM. [Original de 1997]
- BEEBE, B. y LACHMANN, F. (1988). Mother-infant mutual influence and the precursors of psychic structure. En A. Goldberg (Ed.) *Frontiers in Self Psychology* (Vol.3) (pp. 3-25). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- BEITMAN, B. D. y YUE, D. (1999). *Learning psychotherapy: a time efficient, research-based, and outcome-measured training program*. Nueva York: Norton.
- BERCHERIE, P. (1983). *Génesis de los conceptos freudianos*. Buenos Aires: Paidós.
- BERCHERIE, P. (1986). *Los Fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manatíal.
- BERENSTEIN, I. (1990). *Psicoanalizar una familia*. Buenos Aires: Paidós.
- BERENSTEIN, I. *et al.* (1991). *Familia e Inconsciente*. Buenos Aires: Paidós
- BERENSTEIN, I. (Comp.) (2000). *Clinica familiar psicoanalítica. Estructura y acontecimiento*. Buenos Aires: Paidós
- BERMAN, E. M. y LIEF, H. I. (1975). Marital Therapy from a Psychiatric Perspective: An Overview. *Am. J. Psychiat*, 132(6), 583-592.
- BERNFELD, S. (1946). An Unknown Autobiographical Fragment by Freud. *American Imago*, IV, 3-19.
- BERNFELD, S. (1951). Freud's Scientific Beginnings. *American Imago*, VI, 169-174. [Versión castellana en *Revista de psicoanálisis*, VIII, 112-122, 1951]
- BERSTEIN, M. (1993). Contribuciones de Enrique Pichón-Rivière a la psicoterapia de grupo. Ávila Espada, A. (Comp.) *Manual de psicoterapia de grupo analítico-*

- vincular* (pp. 109-134). Madrid: Quipú Ediciones. [También en *Clínica y Análisis Grupal*, 10(39), 9-34, 1986]
- BERTALANFFY, L. VON (1974). General system theory and psychiatry. En S. Arieti (Ed.), *American Handbook of Psychiatry* (Vol. 1). Nueva York: Basic Books.
- BERTALANFFY, L. VON (1976). *Teoría general de los sistemas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- BERTALANFFY, L. VON (1979). *Perspectivas en la teoría general de sistemas*. Madrid: Alianza. [Original de 1968: *General systems theory*. Nueva York: George Braziller]
- BERTALANFFY, L. VON; ASHBY, W. R. y WEINGBERG, G. M. (1978). *Tendencias en la Teoría general de sistemas*. Madrid: Alianza.
- BION, W. R. (1966). *Elementos de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1963: *Elements of Psicoanálisis*. Londres: Heinemann]
- BION, W. R. (1970). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1948]
- BION, W. R. (1974). *Atención e interpretación*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1970: *Attention and interpretation A scientific approach to insight in psychoanalysis and groups*. Londres: W. Heinemann]
- BION, W. R. (1975). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1962: *Learning from Experience*. Londres: Heinemann]
- BION, W. R. (1977). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé. [Original de 1957: *Second Thoughts: Selected papers on psicoanálisis*. Nueva York: Basic Books]
- BISCHOF, L. S. (1975). *Interpretación de las teorías de la personalidad*. México: Trillas.
- BLEGER, J. (1958). *Psicoanálisis y dialéctica materialista*. Buenos Aires: Paidós.
- BLEGER, J. (1964). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Eudeba.
- BLEGER, J. (1967). Psycho-Analysis of the Psycho-Analytic Frame. *Int. J. Psycho-Anal.*, 48, 511-519.
- BLEGER, J. (1967). *Simbiosis y Ambigüedad*. Buenos Aires: Paidós.
- BLEGER, J. (1977). *Psicología de la Conducta*. Buenos Aires: Paidós.
- BLEICHMAR, N. M., LIEBERMAN, C. y SILVIA WIKINSKI, S. (1997). *El psicoanálisis después de Freud: teoría y clínica*. México: Paidós.
- BLIGHT, J. G. (1981). Must psychoanalysis retreat to hermeneutics? *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 4, 147-206.
- BLINDER, G. (1967). The technique of married couple group therapy. *Archives of General Psychiatry*, 44-52.
- BOFILL, P. y TIZÓN, J. (1994). *¿Qué es el psicoanálisis? Orígenes, temas e instituciones actuales*. Barcelona: Herder.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOLLAS, C. (1991). *La sombra del objeto. Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Buenos Aires: Amorrortu. [Original de 1987]
- BOLLAS, C. (1993). *Fuerzas de destino. Psicoanálisis e idioma humano*. Buenos Aires: Amorrortu. [Original de 1989]
- BOLLAS, C. (1994). *Ser un personaje. Psicoanálisis y experiencia del sí-mismo*. Buenos Aires: Amorrortu. [Original de 1992]
- BOLLAS, C. (1996). *Cracking Up. The Work of Unconscious Experience*. Nueva York: Hill and Wang. [Original de 1995]
- BOLLAS, C. (1999). *The Mystery of Things*. Londres: Routledge, 1999.
- BOLLAS, C. (2000). *Hysteria*. Londres: Routledge, 2000.
- BOLLAS, C. y SUNDELSON, D. (1995). *The new informants. The betrayal of confidentiality in psychoanalysis and psychotherapy*. Northvale, Nueva Jersey: Aronson, Inc.
- BONAPARTE, M. (1978). *La Sexualidad de la Mujer*. Barcelona: Península.
- BORDIN, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- BORGOGNO, F. (2000). La 'larga onda' de la catástrofe y las 'condiciones' del cambio psíquico en el pensamiento clínico de Ferenczi. *Intersubjetivo, Revista de psicoterapia psicoanalítica y salud*, 2(2).
- BORGOGNO, F. (2001). *El psicoanálisis como recorrido*. Madrid: Síntesis. [Original de 1999: *Psicoanalisi come percorso*. Torino: Bollati Boringhieri]
- BOSZORMENYI-NAGY, I. y FRAMO, J. L. (1982). *Terapia familiar intensiva*. México: Trillas. [Original de 1965: *Intensive Family Therapy*]
- BOUVET, M. (1954). La cure type. En *Oeuvres psychanalytiques* (vol. 2). París: Payot.
- BOWEN, M. (1966). The use of family theory in clinical practice. *Compar. Psychiat.*, 7(5), 345-374.
- BOWEN, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. Nueva York: Jason Aronson Inc.
- BOWLBY, J. (1951). *Maternal Care and Mental Health*. Ginebra: WHO.
- BOWLBY, J. (1964). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Buenos Aires: Humanitas. [Original de 1951]
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss. Vol 1: Attachment*. Londres: Hogarth Press and the Institute of PsychoAnalysis.
- BOWLBY, J. (1979a). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós. [Original de 1969: *Attachment and Loss* (Vol. I: Attachment). Nueva York: Basic Books]
- BOWLBY, J. (1979b). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1973: *Attachment and Loss* (Vol. II: Separation, anxiety, and anger). Nueva York: Basic Books]

- BOWLBY, J. (1979c). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1973: *Attachment and Loss* (Vol. III: Loss: Sadness and depression). Nueva York: Basic Books]
- BRAIER, E. (1984). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- BREGER, L. (2000). *Freud. El genio y sus sombras*. Barcelona: Ediciones B.
- BREUER, J. y FREUD, S. (1895). Estudios sobre la histeria. En S. Freud, *Obras Completas*, II. (pp. 3-313). Buenos Aires: Amorrortu, 1980.
- BRODERICK, C. B. y SCHRAEDER, S. S. (1981). The History of Professional Marriage and Family Therapy. En Gurman y Kniskern, *Handbook of Family Therapy*. Brunner Mazel Eds.
- BROMBERG, (1975). *From Shaman to Psychotherapist. A History of the Treatment of Mental Illness*. Chicago: Henry Regenery Company.
- BROME, V. (1983). *Ernest Jones. Freud's Alter Ego*. Nueva York: Norton.
- BROWN, G. W. y HARRIS, T. O. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women*. Londres: Tavistock.
- BUCCI, W. (1993). The Development of Emotional Meaning in Free Association. In J. Gedo & A. Wilson (Eds.), *Hierarchical Conceptions in Psychoanalysis* (pp. 3-47). Nueva York: Guilford Press.
- BUCCI, W. (1997a). Patterns of Discourse in 'Good' and Troubled Hours: A multiple Code Theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, 155-187.
- BUCCI, W. (1997b). *Psychoanalysis and Cognitive Science: A Multiple Code Theory*. Nueva York: Guilford Press.
- BUCKLEY, W. (1968). *La Sociología y la teoría moderna de los sistemas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- BUENDÍA, J. (1991). *Psicología clínica y salud. Desarrollos actuales*. Universidad de Murcia.
- BUENO BELLOCH, M. (1982). *Relaciones de pareja: Análisis de la percepción interpersonal*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- BUENO BELLOCH, M. (1983). Relaciones de pareja: ajuste en las percepciones recíprocas. *Revista de Psicología General Aplicada*, 38(6).
- BUENO BELLOCH, M. (1985). Presentación de la adaptación española de un método psicodiagnóstico de la relación de pareja. *Clínica y Análisis Grupal*, 36.
- BUENO BELLOCH, M. (1985a). *Relaciones de pareja: Modelos teóricos de relación*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- BUNGE, M. (1969). *La investigación científica*. Barcelona: Ariel.
- BURÍN, M. y cols. (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.

- BURKE, E. (2001). *Indagación filosófica sobre el origen de nuestras ideas acerca de lo sublime y de lo bello*. Madrid: Tecnos.
- BURKE, P. (2002). *Historia social del conocimiento. De Gutenberg a Diderot*. Barcelona: Paidós.
- BURNES E. MOORE, M. D. y BERNARD D. FINE, M. D. (1997). *Términos y conceptos psicoanalíticos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- BYNG-HALL, A. (1973). *El mito familiar*. Londres: Tavistock.
- CAPARRÓS GARCÍA-MORENO, A. (1981). Prólogo a N. Caparrós Sánchez (1981). *La construcción de la personalidad. Las psicopatías*. Madrid: Fundamentos.
- CAPARRÓS GARCÍA-MORENO, A. y CAPARRÓS, N. (1976). *Psicología de la liberación*. Madrid: Fundamentos.
- CAPARRÓS, N. (1979). *La construcción de la personalidad*. Madrid: Fundamentos.
- CAPARRÓS, N. (1988). *Freud a través de sus cartas. Aspectos biográficos y epistemológicos* (Tesis doctoral). Madrid: Ed. Universidad Complutense.
- CAPARRÓS SÁNCHEZ, N. (1992). Un enfoque diagnóstico a través de los núcleos de la personalidad de base. En A. Ávila Espada y C. Rodríguez Sutil (comps.), *Psicodiagnóstico Clínico. Aspectos conceptuales y perspectivas*. Madrid: Editorial Universitaria de Madrid.
- CARPINTERO, H. y MESTRE, M. V. (1984). *Freud en España. Un capítulo de la historia de las ideas en España*. Valencia: Promolibro.
- CARTWRIGHT D. y ZANDER, A. (1968). *Dinámica de grupos*. México: Trillas. [Original de 1953]
- CARVER, C. S. y SÉLLER, M. F. (1997). *Teorías de la personalidad*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S. A.
- CASEMENT, P. (1990a). *Aprender del Paciente*. Buenos Aires: Amorrortu. [Original de 1985]
- CASEMENT, P. (1990b). *Further Learning from the Patient*. Londres: Routledge.
- CASEMENT, P. (2002). *Learning from our Mistakes. Beyond Dogma in Psychoanalysis and Psychotherapy*. Hove, East Sussex: Brunner/Routledge.
- CHAMORRO, E. (1999). A Blessing in disguise Anotaciones al principio de abstinencia. *Intersubjetivo*, 1(1) 79-88.
- CHASSEGUET SMIRGUEL, J. et al. (1977). *La Sexualidad Femenina*. Barcelona: Editorial Laia. [Original de 1964: Payot: París]
- CHODOROW, N. J. (1989). *Feminism and Psychoanalytic Theory*. Adbingdon: Polity Press.
- CLARK, R. W. (1985). *Freud: El hombre y su causa*. Barcelona: Planeta. [Original publicado en 1980]
- CODERCH, J. (1987). *Teoría y técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica*. Barcelona: Herder.

- CODERCH, J. (1989). El desafío científico al psicoanálisis (prólogo-estudio). En Poch i Bullich, J., *Psicología Dinámica*. Barcelona: Herder.
- CODERCH, J. (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- CODERCH, J. (1998). *La Interpretación*. Barcelona: Herder.
- CODERCH, J. (2001). *La relación paciente-terapeuta. El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós-Fundación Vidal i Barraquer.
- COHEN, I. M. (Ed.). *Family structure. Dynamics and therapy*. Washington: American Psychiatric Association.
- CORBELLÀ, S. (2003). *Compatibilidad entre el estilo personal del terapeuta y el perfil personal del paciente*. Tesis doctoral no publicada: Universidad Ramón Llull.
- COROMINAS, R. (2002). *La pareja en conflicto. Su abordaje psicoanalítico*. Valencia: Promolibro.
- CORSI, J. (1994). *Psicoterapia Breve Multimodal*. Buenos Aires: Tekné.
- CRAWFORD, C. J. (1988). *La psicoterapia de inspiración psicoanalítica. Las bases teóricas de la formación y la práctica*. Barcelona: Hogar del Libro.
- CRISTS-CRISTSOPH, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am. J. Psychiatry*, 149, 151-158.
- CRISTS-CHRISTOPH, P.; COOPER, A. y LUBORSKY, L. (2001). The Accuracy of Therapists' Interpretations and the Outcome of Dynamic Psychotherapy. En C. E. Hill (Ed.), *Helping Skills. The Empirical Foundation*. Washington: American Psychological Association.
- CROWLEY, R. M. (1988). La cognición en la teoría y la práctica interpersonales. En M. J. Mahoney y A. Freeman, *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós (pp. 315-336).
- CULLARI, S. (2001). *Fundamentos de Psicología Clínica*. México: Pearson Educación.
- DADOUN, R. (1984). *Freud*. Barcelona: Argos-Vergara. [Original publicado en 1982]
- DAHL H., KACHELE, H. and THOMÄ, H. (1988). *Psychoanalytic Process. Research Strategies*. Berlin: Springer Verlag.
- DAHL H., y TELLER, V. (1994). The Characteristics, Identification and Application of FRAMES. *Psychotherapy Research*, 4, 252-274.
- DASBERG, H. (1985). Psicoterapias Dinámicas breves. En Itzigsohn, J. y Dasberg, H., *Terapias breves*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- DAVANLOO, H. (1992). *Psicoterapia breve*. Madrid: Dor.
- DAVIS, L. J. (2002). *Resistirse a la novela. Novelas para resistir. Ideología y ficción*. Barcelona: Debate.

- DEFEY, D., ELIZALDE, J. H. y RIVERA, J. (comps.) (1995). *Psicoterapia focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempo definidos*. Montevideo: Roca Viva.
- DEL VALLE, E. (1986). *La obra de Melanie Klein* (vols. I-II). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- DICKS, H. V. (1952). Experiences with marital tensions in the psychological clinic. *British Journal of Medical Psychology*, 26, 125-129.
- DICKS, H. V. (1963). Object relations theory and marital studies. *British Journal of Medical Psychology*, 36, 125-129.
- DICKS, H. V. (1967). *Marital tensions*. Nueva York: Basic Books.
- DIO BLEICHMAR, E. (1997). *La sexualidad femenina de la niña a la mujer*. Barcelona: Paidós.
- DOERNER K. (1981). *Madmen and the Bourgeoisie. A Social History of Insanity and Psychiatry*. Oxford: Blackwell.
- DOLTO, F. (1971). *Psychanalyse et Pédiatrie*. París : Seuil. [Original de 1939]
- DOLTO, F. (1973). *El caso Dominique*. México/Madrid/Bogotá: Siglo XXI Editores.
- DOLTO, F. (1984). *Sexualidad femenina*. Barcelona: Paidós. [Original de 1982: *Sexualité féminine, la libido genital et son destin*. París: Gallimard, 1982-1988]
- DOLTO, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires/Barcelona/México: Paidós
- DOLTO, F. (1990). *La causa de los adolescentes*. Barcelona: Seix Barral. [Original de 1985: *La cause des enfants*. París : Laffont]
- DOLTO, F. (1991). *Autobiografía de una psicoanalista*. México: Siglo XXI. [Original de 1980: *Autoportait d' une psychanalyste 1934-1988*. París: Éditions du Seuil]
- DOLTO, F. (1991). *Les évangiles et la foi au risque de la psychanalyse*. París: Gallimard. [Originales de 1977, 1978 y 1981]
- DOLTO, F. (1997). *Le sentiment de soi. Aux sources de l'image du corps*. París: Gallimard.
- DRELLICH, M. G. (1968). Psychoanalysis of marital partners by separate analyst. En Rosenbaum y Alger (eds.), *The marriage relationships* (pp. 270-250). Nueva York: Basic Books.
- DUBCOVSKY, S. (1986). *La triple vida sexual de Sigmund Freud*. Barcelona: Muchnik Editores.
- DUPARC, F. (1999). *André Green. Vida y pensamiento psicoanalítico*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- DUPONT, J. (1981). Prefacio. En *Obras completas de Sándor Ferenczi* (Tomo III). Madrid: Espasa-Calpe.
- DUPONT, J. (2000). Ese loco Ferenczi. *Intersubjetivo. Revista de psicoterapia psicoanalítica y salud*, 2(2).

- DUPONT, J. (2000). Las notas breves inéditas de Sándor Ferenczi. *Intersubjetivo. Revista de psicoterapia psicoanalítica y salud*, 2(2).
- EDELSON, M. (1984). *Hypothesis and Evidence in Psychoanalysis*. Chicago: The University Chicago Press.
- EISENSTEIN, S. (1968). Otto Rank (1884-1939). El mito del nacimiento del héroe. En Grotjahn y otros, *Historia del psicoanálisis* (Tomo I). Buenos Aires: Paidós.
- EISSLER, K. R. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 1, 104-143.
- ELLENBERGER, H. F. (1976). *El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*. Madrid: Gredos. [Original de 1970: *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. Nueva York: Basic Books]
- EPSTEIN, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American Psychologist*, 49, 709-724.
- EPSTEIN, R. S., y SIMON, R. I. (1990). The Exploitation Index: An early warning indication of boundary violations in psychotherapy. *Bulletin of Menninger Clinic*, 54, 450-465.
- ERDELYI, M. H., (1985). *Psychoanalysis: Freud's cognitive psychology*. Nueva York: W. H. Freeman/Times Books.
- ERIKSON, E. H. (1954). The dream specimen of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 5-56.
- ERIKSON, E. H. (1959). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1950]
- ERIKSON, E. H. (1980). *Identidad, juventud y crisis*. Madrid: Taurus. [Original de 1968]
- ERIKSON, E. H. (1999). *El Ciclo Vital Completado*. Barcelona: Paidós.
- ETCHEGOYEN, R. H. (1986). *Fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- ETCHEGOYEN, R. H. (1991). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- ETCHEGOYEN, R. H. y MILLER, J. A. (1997). *Se rompe el silencio. Entrevista sobre el movimiento analítico*. Barcelona: Eolia.
- ETCHEVERRY, J. L. (1978). *Sobre la Versión Castellana* (volumen de presentación de las *Obras Completas* de Sigmund Freud). Buenos Aires: Amorrortu.
- EYSENCK, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 5, 319-324.
- FAIRBAIRN, W. R. D. (1940a). Factores esquizoides de la personalidad. En *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*. Buenos Aires: Hormé, 1978.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FAIRBAIRN, W. R. D. (1940b). Revisión de la psicopatología de las psicosis y psico-neurosis. En *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*. Buenos Aires: Hormé, 1978.
- FAIRBAIRN, W. R. D. (1943). La represión y el retorno de los objetos malos. En *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*. Buenos Aires: Hormé, 1978.
- FAIRBAIRN, W. D. R. (1944). Las estructuras endopsíquicas consideradas en términos de relaciones de objeto. En *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*. Buenos Aires: Hormé, 1978.
- FAIRBAIRN, W. R. D. (1952). *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*. Buenos Aires: Hormé, 1978.
- FARRÉ, L.; HERNÁNDEZ, V. y MARTÍNEZ, M. (1992). *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve. Una experiencia clínica con psicoterapia a tiempo limitado*. Barcelona: Paidós.
- FEAP (1994). *Estatutos* (en red). Disponible en: www.feap.es
- FEDERN, P. (1952). *Ego Psychology and the Psychoses*. Londres: Imago. [Versión castellana: *La Psicología del Yo y las Psicosis*. Buenos Aires: Amorrortu]
- FEIXAS, G. y MIRÓ, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- FENICHEL, O. (1930). Statistischer bericht uber die therapeutische tatigkeit, 1920-1930. En *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut*, (pp. 13-19). Viena: Internationale Psychoanalytischer Verlag. [traducido al ingles con el título; *Ten years of the Berlin Psychoanalytic Institute (1920-1930)* y publicado como monografía]
- FENICHEL, O. (1939). La actitud contra-fóbica. En Jorge J. Saurí (comp.) (1976), *Las Fobias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- FENICHEL, O. (1954). *The collected papers of Otto Fenichel* (vols. 1-2). Nueva York: Norton.
- FENICHEL, O. (1960). *Problemas de técnica psicoanalítica*. México: Pax. [Original de 1941: *Problems of Psychoanalytic Technique*. New York, Psychoanalytic Quarterly]
- FENICHEL, O. (1982). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1945: *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. Nueva York: Norton]
- FERENCZI, S. (1899). Espiritismo. En *Les Écrits de Budapest*. París: Epel, 1994.
- FERENCZI, S. (1900). Conciencia y desarrollo. En *Les Écrits de Budapest*. París: Epel, 1994.
- FERENCZI, S. (1901). El amor en la ciencia. En *Les Écrits de Budapest*. París: Epel, 1994.
- FERENCZI, S. (1902). La homosexualidad femenina. En *Les Écrits de Budapest*. París: Epel, 1994.

- FERENCZI, S. (1905a). Acerca de las neurosis. En *Les Écrits de Budapest*. París: Epel, 1994.
- FERENCZI, S. (1905b). Estados sexuales intermedios. En *Les Écrits de Budapest*. París: Epel, 1994.
- FERENCZI, S. (1906). Del tratamiento por sugestión hipnótica. En *Les Écrits de Budapest*. París: Epel, 1994.
- FERENCZI, S. (1908). Las neurosis a la luz de las enseñanzas de Freud y el psicoanálisis. En *Obras completas de Sándor Ferenczi* (Tomo III). Madrid: Espasa-Calpe, 1984.
- FERENCZI, S. (1909). Transferencia e introyección. En *Obras completas de Sándor Ferenczi* (Tomo I). Madrid: Espasa-Calpe, 1984.
- FERENCZI, S. (1919a). La técnica psicoanalítica. En *Obras completas de Sándor Ferenczi* (Tomo II). Madrid: Espasa-Calpe, 1984.
- FERENCZI, S. (1919b). Dificultades técnicas de un análisis de histeria. En *Obras completas de Sándor Ferenczi* (Tomo III). Madrid: Espasa-Calpe, 1984.
- FERENCZI, S. (1921). Prolongaciones de la técnica activa en psicoanálisis. En *Obras completas de Sándor Ferenczi* (Tomo III). Madrid: Espasa-Calpe, 1984.
- FERENCZI, S. (1924). Las fantasías provocadas. En *Obras completas de Sándor Ferenczi* (Tomo III). Madrid: Espasa-Calpe, 1984.
- FERENCZI, S. (1925). Psicoanálisis de las costumbres sexuales. En *Obras completas de Sándor Ferenczi* (Tomo III). Madrid: Espasa-Calpe, 1984.
- FERENCZI, S. (1926). Contraindicaciones de la técnica activa. En *Obras completas de Sándor Ferenczi* (Tomo III). Madrid: Espasa-Calpe, 1984.
- FERENCZI, S. (1928). Elasticidad de la técnica psicoanalítica. En *Obras completas de Sándor Ferenczi* (Tomo III). Madrid: Espasa-Calpe, 1984.
- FERENCZI, S. (1929). Principio de relajación y neocatarsis. En *Ibid. Psicoanálisis. Obras Completas* (tomo IV). Madrid: Espasa Calpe.
- FERENCZI, S. (1930a). Principio de relajación y neocatarsis. En *Obras completas de Sándor Ferenczi* (Tomo IV). Madrid: Espasa-Calpe, 1984.
- FERENCZI, S. (1930b). A propósito del tema de la neocatarsis. En *Obras completas de Sándor Ferenczi* (Tomo IV). Madrid: Espasa-Calpe, 1984.
- FERENCZI, S. (1931). Análisis de niños con los adultos. En *Obras completas de Sándor Ferenczi* (Tomo IV). Madrid: Espasa-Calpe, 1984.
- FERENCZI, S. (1932a). Confusión de lengua entre los adultos y el niño. En *Obras completas de Sándor Ferenczi* (Tomo IV). Madrid: Espasa-Calpe, 1984.
- FERENCZI, S. (1932b). *Diario Clínico*. Buenos Aires: Conjetural, 1988.
- FERENCZI, S. (1934a). Reflexiones sobre el traumatismo. En *Ibid. Psicoanálisis. Obras Completas* (tomo IV). Madrid: Espasa Calpe.

- FERENCZI, S. (1934b). Confusión de lengua entre los adultos y el niño. En *Ibid. Psicoanálisis. Obras Completas* (tomo IV). Madrid: Espasa Calpe.
- FERENCZI, S. y FREUD, S. (1908-1933). *Correspondance* (Tomos, I, II y III). París: Calmann-Lévy, 2000.
- FERENCZI, S. y RANK, O. (1924). Perspectivas del psicoanálisis. En *Obras completas de Sándor Ferenczi* (Tomo III). Madrid: Espasa-Calpe, 1984.
- FERNÁNDEZ-VILLAMARZO, P. (1982). *Frustración pulsional y cultura en Freud* (vols. 1-2). Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca. [Vol.1: Exposición y Vol. 2 Documentación]
- FERNÁNDEZ-VILLAMARZO, P. (1989). *Cursos sistemáticos de formación psicoanalítica I. Primer ciclo: Cursos sobre Sigmund Freud. Volumen 2: Temas metapsicológicos*. Madrid: Marova.
- FERNÁNDEZ-VILLAMARZO, P. (2002). *Sándor Ferenczi. La cuestión de las variaciones técnicas en psicoterapia psicoanalítica*. Salamanca: Universa Terra.
- FERREIRA, A. J. (1963). Family myth and homeostasis. *Archs. Gen. Psychiat.*, 9, 457-463.
- FEYERABEND, P. (1975). *Against Method*. Londres: NLB.
- FINE, R. (1982). *Historia del psicoanálisis* (vols. 1-2). Buenos Aires: Paidós. [Original publicado en 1979]
- FIORINI, H. J. (1977). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- FIORINI, H. J. (1993). *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- FIORINI, H., DEFNEY, D., ELIZALDE, J. H., MENÉNDEZ, P. y RIVERA, J. (1996). *Focalización y psicoanálisis* (2.^a ed. rev.). Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana. [Original de 1992, Montevideo: Roca Viva]
- FLAX, J. (comp.) (1995). *Psicoanálisis y feminismo. Pensamiento fragmentario*. Madrid: Cátedra.
- FONAGY, P. (1998). La investigación en la API. Historia del Comité. *Psicoanálisis Internacional, Informativo de la A. P. I.*, 8(1).
- FONAGY, P. (ed.). (1999, 2002). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. Second revised edition. Londres: IPA - Research Committee of the I. P. A.
- FORDHAM, F. (1979). *Introduction à la psychologie de Jung*. París: Imago.
- FORRESTER, J. (2001). *Sigmund Freud. Partes de guerra*. Barcelona: Gedisa.
- FOUCAULT, M. (1972). *Naissance de la Clinique*. París: PUF.
- FOUCAULT, M. (1976). *Historia de la locura en la época clásica* (2 vol.). México: Fondo de cultura económica.
- FOULKES, S. H. (1981). *Psicoterapia Grupo-Analítica. Método y principios*. Barcelona: Gedisa. [Original de 1975]

- FOULKES, S. H. y ANTHONY, E. J. (1963). *Psicoterapia psicoanalítica de grupo*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1957]
- FRAMO, J. L. (1973). Investigación sistemática de la dinámica familiar. En Boszormenyi-Nagy y Framo. *Terapia Familiar intensiva*. México: Trillas, 1982.
- FRANK, G. (1998). On the relational school of psychoanalysis. Some additional thoughts. *Psychoanalytic Psychology*, 15(1). 141-153.
- FRANK, G. (1998). The intersubjective school of psychoanalysis. Concerns and Questions. *Psychoanalytic Psychology*, 15(3), 420-423.
- FRANK, J. D. (1961). *Persuasion and Healing*. Baltimore: John Hopkins Press.
- FRANK, J. D. (1988). Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias. En M. J. Mahoney y A. Freeman (comps.) *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós
- FRANKEL, J. B. (1988). Are Interpersonal and Relational Psychoanalysis the same? *Contemporary Psychoanalysis*, 34, 485-500.
- FREEDMAN, J. L. y FRASER, S. C. (1966). Compliance whitout pressure: The 'foot-in-the-door-technique'. *Jour. of Personality and Social Psychology*, 4, 195-202.
- FRENCH, T. M. (1958). The Cognitive Structure of Behavior. En *Psychoanalytic Interpretations: The Selected Papers of Thomas M. French* (pp. 296-323). Chicago: Quadrangle Books.
- FREUD, A. (1927). *Einführung in die Technik der Kinderanalyse*. Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag. [versión francesa: *Le traitement psychanalytique des enfants*. París: PUF, 1955]
- FREUD, A. (1930). *Psychoanalysis for teachers and parents*. Nueva York: Emerson Books.
- FREUD, A. (1960). *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1936: *The ego and the mechanisms of defence*. Nueva York: Inst. Univ. Press]
- FREUD, A. (1966-1980). *The writings of Anna Freíd* (vols. 1-8). Nueva York: International Universities Press.
- FREUD, A. (1973). *El Yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1936: *The Ego and The Mechanisms of Defense*, Nueva York: International Universities Press]
- FREUD, A. (1977a). *Psicoanálisis del niño*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1944: *The Psycho-analytic treatment of children*. Nueva York: International Universities Press]
- FREUD, A. (1977b). *El Psicoanálisis infantil y la clínica*. Buenos Aires: Paidós
- FREUD, A. (1984). *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1965: *Normality and pathology in childhood*, New York, International Universities Press]

- FREUD, S. (1893). Algunas consideraciones para un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. En *Obras Completas*, vol. I (pp. 191-210). Buenos Aires: Amorrortu, 1976.
- FREUD, S. (1894). Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas). En *Obras Completas*, vol. III (pp. 41-61). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1896). Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas*, vol. III (pp. 157-184). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1898). Sobre el mecanismo psíquico de la desmemoria. En *Obras Completas* (AE) (vol. 3). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- FREUD, S. (1899). Sobre los recuerdos encubridores. En *Obras Completas* (AE) (vol. 3). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- FREUD, S. (1900). La interpretación de los sueños. En *Obras Completas* (AE) (vol. 4-5). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- FREUD, S. (1901). Psicopatología de la vida cotidiana. En *Obras Completas*, vol. VI. Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1904). El método psicoanalítico de Freud. En *Obras Completas* (BN, vol. 3). Madrid: Biblioteca Nueva, 1997.
- FREUD, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras Completas* (vol. VII). Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1905b). El chiste y su relación con lo inconsciente. En *Obras Completas*, vol VIII. Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1905c). Análisis fragmentario de una histeria ('Caso Dora'). En *Obras Completas*, vol. VII (pp. 1-107). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1908). Sobre las Teorías Sexuales Infantiles. En *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1975.
- FREUD, S. (1908b). Carácter y erotismo anal. En *Obras Completas*, vol. IX (pp. 149-158). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1909a). Análisis de la fobia de un niño de cinco años (Caso Juanito). En *Obras Completas*, BN. Vol. II, pp. 1365-1440.
- FREUD, S. (1909b). Prólogo para un libro de Sándor Ferenczi. En *Obras Completas* (BN, vol. 4). Madrid: Biblioteca Nueva, 1997.
- FREUD, S. (1910). Psicoanálisis. Cinco conferencias pronunciadas en la Clark University. En *Obras Completas* (BN, vol. 5). Madrid: Biblioteca Nueva, 1997.
- FREUD, S. (1910b). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas*, vol. XI (pp. 129-142). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1911). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. *Obras Completas* (tomo XI). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.

- FREUD, S. (1911b). Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. En *Obras Completas*, AE vol. XII (pp. 217-231). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1911c). El uso de la interpretación de los sueños en psicoanálisis. En *Obras Completas*, vol. XII (pp. 83-92). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1912, 1913). Tótem y tabú. En *Obras Completas* (BN, tomo II, pp. 1745-1850). Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- FREUD, S. (1912a). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras Completas*, vol. XII (pp. 93-105). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1912b). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Obras Completas* (tomo XII) (pp. 107-119). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.
- FREUD, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis I). En *Obras Completas* (2.^a ed.) (AE XII) (pp. 121-144). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986.
- FREUD, S. (1913b). La predisposición a la neurosis obsesiva. Contribución al problema de la elección de neurosis. En *Obras Completas*, vol. XII (pp. 329-345). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1914). Historia del movimiento psicoanalítico. En *Obras Completas* (BN, vol. 5). Madrid: Biblioteca Nueva, 1997.
- FREUD, S. (1914b). Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis II). En *Obras Completas*, vol. XII (pp. 145-157). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1914c). Introducción al narcisismo. En *Obras Completas*, vol. XIV (pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1915a). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. *Obras Completas* (tomo XII) (pp. 159-174). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.
- FREUD, S. (1915b). Lo inconsciente. *Obras Completas* (tomo XIV). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.
- FREUD, S. (1915c). Las pulsiones y sus destinos. En *Obras Completas*, vol. XIV (pp. 105-134). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1915d). Los Instintos [pulsiones] y sus Destinos. En *Obras Completas* (vol. II). Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- FREUD, S. (1915e). Lo inconsciente. En *Obras Completas*, vol. XIV (pp. 153-213). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1916). Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica. En *Obras Completas* (vol. III). Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- FREUD, S. (1916-17 [1915-1917]). Conferencias de introducción al psicoanálisis. En *Obras Completas*, vol. XV. Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.

- FREUD, S. (1918a). Historia de una neurosis infantil. En *Obras Completas* (BN, vol. 6). Madrid: Biblioteca Nueva, 1997.
- FREUD, S. (1918b). Los caminos de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas* (BN, vol. 6). Madrid: Biblioteca Nueva, 1997.
- FREUD, S. (1919 [1918]). ¿Debe enseñarse el psicoanálisis en la Universidad? En *Obras Completas*, vol. XVII (pp. 165-171). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1919a). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas*, vol. XVII. Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1920a). Más allá del principio del placer. En *Obras Completas*, AE. Vol. XVIII (pp. 1-62). Buenos Aires: Amorrortu Eds. 1976.
- FREUD, S. (1920b). Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. En *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1975.
- FREUD, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras Completas*, vol. XVIII (pp. 63-136). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1923). El yo y el ello. En *Obras Completas*, AE. Buenos Aires: Amorrortu, 1976.
- FREUD, S. (1923a [1922]). Dos artículos de enciclopedia: 'Psicoanálisis' y 'Teoría de la libido'. En *Obras Completas*, vol. XVIII (pp. 227-254). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1923b). La organización genital infantil (Una interpolación en la teoría de la sexualidad). En *Obras Completas*, vol. XIX (pp. 141-149). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1923c). Breve informe sobre psicoanálisis. En *Obras Completas*, vol. XIX (pp. 200-221). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1923d). A Sándor Ferenczi. En *Obras Completas* (BN, vol. 7). Madrid: Biblioteca Nueva, 1997.
- FREUD, S. (1924a). La disolución del complejo de Edipo. En *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1975.
- FREUD, S. (1924b). El problema económico del masoquismo. En *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1976.
- FREUD, S. (1924c). El sepultamiento del complejo de Edipo. En *Obras Completas*, vol. XIX (pp. 177-188). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1925). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica. En *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1975.
- FREUD, S. (1925b [1924]). Presentación autobiográfica. En *Obras Completas*, vol. XX (pp. 1-70). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1925c). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica. En *Obras Completas*, vol. XIX (pp. 259-274). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.

- FREUD, S. (1926a). *Análisis profano*. En *Obras Completas*, vol. III. Madrid: Biblioteca Nueva, 1974.
- FREUD, S. (1926b [1925]). *Inhibición, síntoma y angustia*. En *Obras Completas*, vol. XX (pp. 71-161). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1926c). *¿Pueden los legos ejercer el análisis?*. En *Obras Completas*, vol. XX (pp. 165-242). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1926d). *Psicoanálisis*. En *Obras Completas*, AE. Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1927). *Fetichismo*. En *Obras Completas*, AE vol. XXI (pp. 141-152). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1929, 1930). *El Malestar en la Cultura*. En *Obras Completas* (BN. Tomo III, pp. 3017-3067). Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- FREUD, S. (1931). *Sobre la sexualidad femenina*. En *Obras Completas*, vol. XXI (pp. 223-244). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1933). *En memoria de Sándor Ferenczi*. En *Obras Completas* (BN, vol. 8). Madrid: Biblioteca Nueva, 1997.
- FREUD, S. (1933a [1932]). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. En *Obras Completas*, vol. XXII (pp. 1-168), Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1937a). *Análisis terminable e interminable*. En *Obras Completas* (AE) (vol. 23). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.
- FREUD, S. (1937b). *Construcciones en el análisis*. En *Obras Completas* (tomo XXIII (pp. 255-270). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.
- FREUD, S. (1940a [1938]). *Esquema de psicoanálisis*. En *Obras Completas*, vol. XXIII (pp. 133-209). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1940b [1938]). *La escisión del yo en el proceso defensivo*. En *Obras Completas*, vol. XXIII (pp. 271-278). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1950 [1887-1902]). *Los orígenes del psicoanálisis (que abarca la correspondencia con W. Fliess y el 'Proyecto de psicología para neurólogos' (1895)*. En *Obras Completas*, AE. Vol. I (pp. 323-446). Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976.
- FREUD, S. (1994 [1887-1904]). *Cartas a Wilhelm Fliess*. [Ed. J. M. Masson] Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. y BREUER, J. (1893). *Comunicación preliminar*. En *Obras completas de Sigmund Freud* (BN, vol. 1). Madrid: Biblioteca Nueva, 1997.
- FREUD, S. - LOU ANDREAS SALOME (1968). *Correspondencia S. Freud-Lou Andreas Salomé (1912-1913)*, Madrid: Siglo XXI. [Compilación original de Ernst Pfeiffer, 1957, 1966]
- FROMM, E. (1947). *El miedo a la libertad*, Buenos Aires: Paidós.
- FROMM, E. (1953). *Ética y psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica.

- FROMM, E. (1956). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FROMM, E. (1960). *La misión de Sigmund Freud*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FROMM, E. (1964a). *El dogma de Cristo*. Buenos Aires: Paidós.
- FROMM, E. (1964b). *Budismo Zen y psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FROMM, E. (1966). *El arte de amar*. Buenos Aires: Paidós.
- FROMM, E. (1967). *¿Podrá sobrevivir el hombre?* Buenos Aires: Paidós.
- FROMM, E. (1970). *La revolución de la esperanza*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FROMM, E. (1971). *El miedo a la libertad*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1941]
- FROMM, E. (1971). *La crisis del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- FROMM-REICHMANN, F. (1950). *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press. [Versión castellana: *Principios de psicoterapia intensiva*, Buenos Aires: Horme-Paidós, 1968]
- GABBARD, G. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, S. A.
- GARCÍA DE LA HOZ, A. (1976). Revisión histórica de la psicoterapia grupal. *Clínica y Analisis Grupal*, 1(1), 8-19.
- GARCÍA DE LA HOZ, A. (1978). Significado actual de Bion y Sartre en la psicoterapia de grupos. *Clínica y Analisis Grupal*, 3(12), 48-67.
- GARCÍA DE LA HOZ, A. (1985). Freud-Breuer. Una compleja relación, *Clínica y Analisis Grupal*, 35, 12-50.
- GARCÍA DE LA HOZ, A. (1995). Sobre la Verneinung, Verleugnung y Verwerfung y su relación con la Verdrängung en la obra de S. Freud, *Clínica y Analisis grupal*, 70, 377-387. Madrid. [También en *Apuntes de Psicología*, 48, 63-72 (Revista del Colegio Oficial de Psicólogos. Andalucía Occidental. Sevilla, 1996d)].
- GARCÍA DE LA HOZ, A. (1996a, noviembre). Sobre la génesis de la moral en psicoanálisis. Ponencia presentada a las VI Jornadas de Psicoanálisis en la Universidad, San Sebastián.
- GARCÍA DE LA HOZ, A. (1996b). Algo familiar y evidente o algo nuevo y sorprendente. En I. Sanfeliu (coord.), *Nuevos paradigmas psicoanalíticos* (pp. 63-76). Madrid: Quipú Ediciones.
- GARCÍA DE LA HOZ, A. (1997). *El universo simbólico de Freud: Goethe*. Madrid: Quipú Ediciones.
- GARCÍA DE LA HOZ, A. (2000). *Teoría psicoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- GARCÍA DE LA HOZ, A. y ÁVILA, A. (1992). Variantes grupales en la psicoterapia psicoanalítica, en B. Moreno-Mitjana, A. Ávila y A. Sánchez-Barranco (Comps.),

- Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y marco universitario: Una aproximación docente* (pp. 111-120). Málaga: Miguel Gómez Ediciones.
- GARFIELD, S. L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley.
- GARFIELD, S. L. y BERGIN, A. E. (comps.) (1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley.
- GARSKE, J. P. y MOLTENI, A. L. (1988). Psicoterapia psicodinámica breve: un enfoque integrador. En S. Lynn y J. P. Garske, *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- GASPARINO, A. y GENOVÉS, A. (2000). El espíritu feminista de Sándor Ferenczi. *Intersubjetivo. Revista de psicoterapia psicoanalítica y salud*, 2(2).
- GAY, P. (1989). *Freud. Una vida de nuestro tiempo*. Barcelona: Paidós. [Original de 1988: *Freud. A life for Our Time*, Londres: J. M. Dent & Sons, Ltd.]
- GEFFKEN, G. (2001). Evaluación y tratamiento de niños y adolescentes. En S. Cullari, *Fundamentos de Psicología Clínica*. México: Pearson Educación.
- GENOVÉS, A. (1998). Las innovaciones técnicas de Sándor Ferenczi. En Jiménez Avello, *Para leer a Ferenczi*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- GENOVÉS, A. (1998). Transferencia e introyección. En Jiménez Avello, *Para leer a Ferenczi*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- GENOVÉS, A. (2000). La instauración del sentido de realidad. *Intersubjetivo. Revista de psicoterapia y salud*, 2(2).
- GILL, M. M. (1963). Topography and systems in psychoanalytic theory. *Psychological Issues*, 2(3). Nueva York: International Universities Press.
- GILL, M. M. (comp.) (1967). *The collected papers of David Rapaport*. Nueva York: Basic Books.
- GILL, M. M. (1976). Metapsychology is not psychology. En Gill & Holzman (dirs.), *Psychology versus metapsychology. Psychoanalytic essays in memory of George S. Klein, Psychological issues*, 4, vol. 9, monograph 36 (pp. 71-105). Nueva York: Basic Books.
- GILL, M. M. (1977). Psychic energy reconsidered: Discussion. *Journal of the American psychoanalytic Association*, 25, 581-597.
- GILL, M. M. (1978). Metapsychology is irrelevant to psychoanalysis. En S. Smith (ed.), *Karl A. Menninger*. Nueva York: International University Press.
- GILL, M. M. (1982). *Analysis of Transference. vol. 1. Theory and Technique*. Madison: International Universities Press, Inc.
- GILL, M. M. (1984). Psychoanalytic, psychodynamic, cognitive behavior, and behavior therapies compared. En H. Arkowitz y S. B. Messer (Eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* Nueva York: Plenum.

- GILL, M. M. y RAPAPORT, D. (1962). *Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica*. México, Editorial Pax México.
- GIOVACHINI, P. (1965). Treatment of marital disharmonies: the classical approach. En Greene (ed.), *The psychotherapies of marital disharmony* (pp. 39-82). Nueva York: Free Press.
- GIRARD, C. (1972). *Jones*. París: Payot.
- GLOVER, E. (1931). The therapeutic effect of inexact interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 12, 397-411.
- GLOVER, E. (1955). *The technique of psycho-analysis*. Nueva York: International Universities Press.
- GLOVER, E.; FENICHEL, O.; STRACHEY, J.; BERGLER, E.; NUNBERG, N. y BIBRING, E. (1937). Symposium on the theory of the therapeutic results of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 18, 125-189.
- GOLDSMITH, L. A. (1993). La Evaluación de las Funciones del Yo en relación con los temas de discusión actuales en la teoría psicoanalítica. En L. Bellak y L. A. Goldsmith, *Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo* (pp. 37-74). México: Manual Moderno. [Original de 1984]
- GOMEL, S. (1997). *Transmisión generacional, familia y subjetividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- GÓMEZ SÁNCHEZ, C. (1998). *Freud, crítico de la Ilustración*. Barcelona: Crítica Grijalbo Mondadori.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. A. (1993). *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid: Siglo XXI.
- GOTTLIEB, A. y PATTISON, E. M. (1966). Married couples group psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry*, 14(2), 143-152.
- GRANDE, T.; GERD, R.; OBERBRACHT, C. and PAULI-MAGNUS, C. (2003). Progressive Changes in Patient's Lives after Psychotherapy: Which Treatment Effects Support Them? *Psychotherapy Research*, 13(1), 43-58.
- GREEN, A. (1986). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu (Orig. 1983).
- GREEN, A. (1990). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GREEN, A. (1992). *El complejo de castración*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1990].
- GREEN, A. (1993). *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud. Aspectos fundamentales de la locura privada*. Buenos Aires: Amorrortu. [Original de 1990]
- GREEN, A. (1995a). *El lenguaje en el psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu. [Original de 1984]
- GREEN, A. (1995b). *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu. [Original de 1993]

- GREEN, A. (1996). ¿Qué tipo de investigación para el psicoanálisis? *Psicoanálisis Internacional. Informativo de la Asociación Psicoanalítica Internacional*, 5(1), 10-21.
- GREEN, A. (2002a). *La diacronía en psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu. [Original de 2000]
- GREEN, A. (2002b). *La Pensée Clinique*. París: Odile Jacob.
- GREEN, A. y STERN, D. (2000). *Clinical and Observational Psychoanalytic Research: Roots of a Controversy*. Londres: Karnac.
- GREENBERG, J. R. y MITCHELL, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge: Harvard Universities Press.
- GREENBERG, L. S. y SAFRAN, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition and the process of change*. Nueva York: Guilford Press.
- GREENE (1965) (ed.). *The psychotherapies of marital disharmony* (pp. 39-82). Nueva York: Free Press.
- GREENE, B. L. (1970). *A clinical approach to marital problems*. Springfield, Illinois: Charle C. Thomas.
- GREENE, B. L., SOLOMON, R. y LUSTIG, N. (1960). Treatment of marital disharmony. En Greene, *The psychotherapies of marital disharmony*. Nueva York: The Free Press XII.
- GREENSON, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
- GREENSON, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. Nueva York: International University Press.
- GREENSON, R. R. (1978). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo XXI. [Original de 1967: *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. Nueva York: International Universities Press]
- GRINBERG, L. (1989). *Introducción a la teoría psicoanalítica*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- GRINBERG, L. (1991). Carta a Sigmund Freud acerca de 'Introducción al narcisismo'. En Sandler, J. (Comp.), *Estudio sobre Introducción al narcisismo de Sigmund Freud*. Madrid: Julián Yébenes, S. A.
- GRINBERG, L.; LANGER, M. y RODRIGUÉ, E. (1957). *Psicoterapia del grupo: Su enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- GRODDECK, G. (1973). *El libro del ello*. Madrid: Taurus. [Original de 1923]
- GROSSKURTH, P. (1990). *Melanie Klein. Su mundo y su obra*. Barcelona: Paidós. [Original de 1986]
- GROTJHAN, M. (1956). *Individual and Family Dynamics, Science y Psychoanalysis* (vol. II). Nueva York: Grune and Stratton.

- GROTSTEIN, J. y RINSLEY, D. (comps.) (1994). *Fairbairn and the Origins of Object Relations*. Nueva York: Guilford
- GRÜNBAUM, A. (1982). *The Foundations of Psychoanalysis. A Philosophical Critique*. Berkeley: University of California Press.
- GRÜNBAUM, A. (1993). *Validation in the Clinical Theory of Psychoanalysis*. Madison: International Universities Press.
- GUILLEM NACHER, P. y LOREN CAMARERO, J. A. (1985). *Del diván al círculo*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- GUNTRIP, H. (1961). *Personality Structure and Human Interaction. The Developing Síntesis of Psychodynamic Theory*. Londres: Karnac Books, 1995.
- GURING, G., VEROFF, J. y FELD, S. (1960). *Americans view their mental health*. Oxford: Basic Books.
- GUTIÉRREZ, E. y cols. (1989). El presente multifacético de la terapia familiar: un intento de sistematización. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 9, 1-10.
- GUTIÉRREZ, G. (1994). La interpretación en la cura psicoanalítica y sus condiciones de posibilidad: la asociación libre, la escucha analítica y la transferencia. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática*, 26.
- GUTIÉRREZ, G., CHAMORRO, E. y BACH, J. (comps.) (1996). *Psicoanálisis y Universidad*. Madrid: Profesores de Psicoanálisis en la Universidad (PPU).
- GUTIÉRREZ, G., ITURRIZA, F. y FINOL, O. (2002). Una investigación sobre foco y proceso en psicoterapia: problemas y consideraciones. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 3, 36-52.
- GUTIÉRREZ TERRAZAS, J. (1988). *Los dos pilares del psicoanálisis: el pulsional y el inconsciente*. Barcelona: Hogar del Libro.
- GUTIÉRREZ TERRAZAS, J. (1998). *Teoría psicoanalítica. Su doble eje central: La tópica psíquica y la dinámica pulsional*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- GUTIÉRREZ TERRAZAS, J. (2002). *Cómo leer a Freud*. Madrid: Síntesis.
- HABERMAS, J. (1982). *Conocimiento e interés*. Madrid: Tecnos. [Original de 1968: *Erkenntnis und Interesse*]
- HALEY, J. (1976). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Toray. [Original de 1963: *Strategies of psychotherapy*. Nueva York: Grune & Stratton]
- HALEY, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu. [Original de 1976: *Problem-solving therapy. New Strategies for Effective Family Therapy*. San Francisco: Jossey Bass]
- HALEY, J. (comp.) (1986). *Changing families*. Nueva York: Grune & Stratton.
- HALEY, J. (1987). *Terapia de ordalía. Caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu. [Original de 1984: *Ordeal Therapy. Unusual ways to change behavior*. San Francisco: Jossey-Bass]
- HALEY, J. (1994). ¿Por qué no hacemos terapia prolongada? En J. Zeig y S. Gilligan, *Terapia Breve. Mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- HALEY, J. y HOFFMANN, L. (1976). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Amorrortu. [Original de 1967: *Techniques of family therapy*. Nueva York: Basic Books]
- HANSON, N. R. (1971). *Observation and Explanation: A Guide to Philosophy of Science*. Nueva York: Harper and Row.
- HARTMANN, H. (1958). *Ego psychology and the problem of adaptation*. Nueva York: International Universities Press.
- HARTMANN, H. (1961). *Psicología del yo y el problema de la adaptación*. México: Pax. [Original de 1939: *Ego Psychology and the problem of Adaptation*. Nueva York: International Universities Press]
- HARTMANN, H. (1969). *Ensayos sobre la psicología del yo*. México: Fondo de Cultura Económica. [Original de 1964: *Essays in Ego Psychology*. Nueva York: International Universities Press]
- HARTMANN, H., KRIS, E. y LOEWENSTEIN, R. (1946). Comments on the Formation of Psychic Structure. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 11-38.
- HARTMANN, H., KRIS, E. y LOEWENSTEIN, R. (1949). Notes on the Theory of Aggression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 3/4.
- HEIMANN, P. (1942). A contribution to the problem of sublimation and its relation to the processes of internalization. *International Journal of Psychoanalysis*, 23, 8-17.
- HEIMANN, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- HEIMANN, P. (1960). Counter-transference. *British Journal of Medical Psychology*, 33, 9-15.
- HENRY, W. (1998). Science, Politics and the Politics of Science: The Use and Misuse of Empirically Validated Treatments. *Psychotherapy Research*, 8(2), 126-140.
- HILL, C. E. (Ed.) (2001). *Helping Skills. The Empirical Foundation*. Washington: American Psychological Association.
- HILL, C. E., HELMS, J. E., SPIEGEL, S. B. y TICHENOR, V. (2001). Development of a System for Categorizing Client reaction to Therapist Intervention. En C. E. Hill (Ed.), *Helping Skills. The Empirical Foundation*. Washington: American Psychological Association.
- HINSHELWOOD, R. D. (1989). *Diccionario del pensamiento Kleiniano*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- HINSHELWOOD, R. D. (1999). *Clínica Kleiniana*. Valencia: Promolibro. [Original de 1994]
- HIRSCHMÜLLER, A. (1989). *The life and Work of Joseph Breuer. Physiology and Psychoanalysis*. Nueva York: New York University Press.
- HOOK, S. (ed.) (1959). *Psychoanalysis, Scientific Method and philosophy*. Nueva York: Grove Press, 1960.

- HORNEY, K. (1936). The problem of the negative therapeutic reaction. *Psychoanalytic Quarterly*, 5, 29-44.
- HORNEY, K. (1939). *New Ways in Psychoanalysis*. Nueva York: W. W. Norton.
- HORNEY, K. (1943). *El autoanálisis*. Buenos Aires: Poseidón. [Original de 1942: *Self Analysis*. Nueva York: W. W. Norton]
- HORNEY, K. (1965). *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1937: *The Neurotic Personality of Our Time*. Nueva York: W. W. Norton]
- HORNEY, K. (1977). *Psicología femenina*. Madrid: Alianza Editorial. [Original de 1967: *Feminine Psychology* (Compilación de H. Kelman) Nueva York: W. W. Norton]
- HOROWITZ, M. J. (1976). *Stress Response Síndromes*. Nueva York: Jason Aronson Inc.
- HOROWITZ, M. J. (1982). Strategic Dilemmas and the Socialization of Psychotherapy Researches. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 119-127
- HOROWITZ, M. J. (1988). *Introduction to psychodynamics: A new synthesis*. Nueva York: Basic Books.
- HOROWITZ, M. J. (1995). Defensive Control States and Person Schemas. In T. Shapiro & R. N. Emde (Eds.), *Research in Psychoanalysis: Process, Development, Outcome* (pp. 67-89). Madison, Connecticut: International Universities Press.
- HOROWITZ, M. J. (1997). *Formulation as a basis for planning psychotherapy treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- HOROWITZ, M. J. y STINSON, C. H. (1995). Consciousness and the Processes of Control. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 123-139.
- HOROWITZ, M. J., EELLS, T., SINGER, J. y SALOVEY, P. (1995). Role-relationship Models for Case Formulation. *Archives of General Psychiatry*, 52, 625-632.
- HOROWITZ, M. J., MARMAR, C., KRUPICK, J., WILNER, N., KALTREIDER, N. y WALLERSTEIN, R. (1984). *Personality Styles and Brief Psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.
- HORVATH, A. O. (1981). *An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to therapy outcome*. Vancouver: British Columbia University.
- HORVATH, A. O. y GREENBERG, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. En L. S. Greenberg, y W. M. Pinsof (Eds), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556).
- HORVATH, A. O. y GREENBERG, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- HORVATH, A. O. y LUBORSKY, L. S. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.

- HOUSE, J. S. (1981). *Works stress and social support*. Reading, M. A.: Addison Wesley.
- HOWARD, K. I., KOPTA, S. M., KRAUSE, M. S. y ORLINSKY, D. E. (1986). The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- HOWARTH, A. O. y SYMONDS, B. D. (1991). Relations between Alliance and Outcome in Psychotherapy. A Meta-Analysis. *Journal of Counselling Psychology*, 38, 139-149.
- IBÁÑEZ, J. (1981). Usos tópicos y abusos utópicos de las técnicas de grupo. *Rev. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1.
- IBÁÑEZ, J. (1988). *Por una sociología de la vida cotidiana*. Madrid: Siglo XXI, 1994.
- INGELMO, J., RAMOS, M. y MUÑOZ, F. (1994). Teorías del mundo interno y del conflicto intrapsíquico (III). La Psicología del Yo y sus perspectivas recientes. En A. Ávila y J. Poch (eds.), *Manual de técnicas de Psicoterapia* (pp. 163-196). Madrid: Siglo XXI Editores de España.
- INTERNATIONAL PSYCHOANALYTICAL ASSOCIATION (IPA) (1983). IPA standards and criteria for qualification and admission to membership of a Component Society of the IPA, *IPA Newsletter*, XV, 3.
- INTERNATIONAL PSYCHOANALYTICAL ASSOCIATION (IPA) (1985). IPA minimum requirements for acquiring and maintaining the function of training analyst. *IPA Newsletter*, XVII, 3.
- IRIGARAY, L. (1974). *Speculum. De L'Autre femme*. París: Les Editions de Minuit.
- ISAACS, S. (1930). *Intellectual Growth in Young Children*. Londres: Routledge.
- ISAACS, S. (1933). *Social Development in Young Children*. Londres: Routledge.
- ISAACS, S. (1948). The nature and function of phantasy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 29, 73-97.
- ISAACS, S. (1988). El encuadre kleiniano para el análisis de los niños. *Libro Anual de Psicoanálisis*, 203-210.
- ISBISTER, J. N. (1985). *Freud. An introduction to his Life and Work*. Oxford: Polity Press - Basil Blackwell.
- JACKSON D. D. (1957). The question of family homeostasis. *Psychiatric Quarterly Supplement*, 31, 79-90.
- JACKSON, D. D. (Ed.) (1960). *Etiology of Schizophrenia*. Nueva York: Basic Books. [Versión castellana: Buenos Aires, Amorrortu]
- JACOBSON, E. (1969). *El Self (Sí mismo) y el mundo objetal*. Buenos Aires: Beta. [Original de 1964: *The self and the object world*. Nueva York: International Universities Press]
- JANOWSKY, D. S. (Ed.) (1999a). *Psychotherapy Indications and outcomes*. Washington: American Psychopathological Association.

- JANOWSKY, D. S. (1999b). Therapist and Patient Personality Characteristics and the Nature, quality, and Outcome of Psychotherapy: Focus on the Myers Briggs Type Indicator. En D. S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy Indications and outcomes*. Washintong: American Psychopathological Association.
- JIMÉNEZ AVELLO, J. (con A. GENOVÉS) (1998). *Para leer a Ferenczi*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- JIMÉNEZ AVELLO, J. (2000). Utopía según Ferenczi, *Intersubjetivo. Revista de psicoterapia psicoanalítica y salud*, 2(2).
- JIMÉNEZ, J. P. (1995). El psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia. En D. Defey, J. H. Elizalde y J. Rivera, *Psicoterapia Focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempos definidos*. Montevideo: Roca Viva.
- JIMENEZ, J. P. (2000). El método clínico, los psicoanalistas y la institución. Aperturas Psicoanalíticas. Revista de Psicoanálisis. Hacia Modelos integradores (Formato electrónico) <<http://www.aperturas.org/4jpjimenez.html>>
- JONES, E. (1948). *Collected Papers on Psychoanalysis* (5.^a ed. rev.). Londres: Bailliere, Tindall and Cox.
- JONES, E. (1951). *Essays in Applied Psychoanalysis* (vols. 1-2). Londres: Hogarth Press.
- JONES, E. (1952). Prefacio a la obra de R. Fairbairn, *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*. Buenos Aires: Hormé, 1978.
- JONES, E. (1953, 1955, 1957). *The life and Work of Sigmund Freud*. Nueva York: Basic Books. [Versión castellana: *Vida y obra de Sigmund Freud*, 3 vols., Buenos Aires: Paidós, 1960, 1979-1981]
- JONES, E. (1981). *Vida y obra de Sigmund Freud* (vols. 1-3). Buenos Aires: Hormé-Paidós, 1981. [Original de 1953]
- JORGENSEN, C. R. *et al.* (2000). The Dynamic Assessment Interview (DAI), Interpersonal Process Measured by Structural Analysis of Social Behavior (SASB) and Therapeutic Outcome. *Psychotherapy Research*, 10(2) 181-195.
- JOSEPH, B. (1989). *Psychic Equilibrium and Psychic Change* (Selected papers of Betty Joseph). Londres: Tavistock-Routledge.
- JUNG, C. G. (1956). Symbols of Transformation. En *Collected Works* (vol. 5). Nueva York: Pantheon Books.
- JUNG, C. G. (1969). *Teoría del psicoanálisis*. Barcelona: Plaza y Janés.
- JUNG, C. G. (1995a). Freud y el psicoanálisis. En *Obra Completa* (vol. 4). Madrid: Editorial Trotta, 2000.
- JUNG, C. G. (1995b). Los arquetipos y lo inconsciente colectivo. En *Obra Completa* (vol. 9/I). Madrid: Editorial Trotta, 2000.
- JUNG, C. G. (1995c). La práctica de la psicoterapia. En *Obra Completa* (vol. 16). Madrid: Editorial Trotta, 2000. [Original de 1958: Praxis der Psychotherapie, en *Ges. Werke*, VI, Zurich y Stuttgart]

- KÄCHELE, H. y STRAUSS, B. M. (2000). Approaches and Methods in Psychotherapy Research. In Siwiak-Kobayashi, M., Leder, S., Czabala, C. and Sakuta, T. (eds.), *Proceedings. 17th. World Congress of Psychotherapy. Psychotherapy at the Turn of the Century From Past to Future*. Varsovia: IFP.
- KAËS S, R. (1992). *Le groupe et le sujet du groupe*. París: Dunod.
- KAËS, R. (1986). *El Aparato Psíquico Grupal*. Barcelona: Gedisa.
- KAHR, B. (1999). *Donald Woods Winnicott. Retrato y biografía*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- KAHR, B. (Ed.) (2002). *The legacy of Winnicott. Essays on infant and child mental health*. Londres: Karnac Books.
- KALINA, E. (1970). Psicoterapia psicoanalítica de la pareja, su enfoque como psicoterapia breve. En I. Berenstein y otros, *Psicoterapia de pareja y grupo familiar con orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Galerna.
- KELLNER, R. (1965). The efficacy of psychotherapy. The Results of some Controlled Investigations. *Psychiatría et Neurología*, 149, 333-340.
- KERNBERG, O. (1977). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. México: Paidós, 1998.
- KERNBERG, O. (1979a). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1975: *Borderline conditions and pathological narcissism*. Nueva York: Jason Aronson]
- KERNBERG, O. (1979b). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1977: *Object relations theory and Clinical Psychoanalysis*. Nueva York: Jason Aronson]
- KERNBERG, O. (1980). *Internal world and external reality*. Nueva York: Jason Aronson.
- KERNBERG, O. F. (1981). Structural Interviewing. *Psychiatric Clinic of North America*, 4(1), 169-195.
- KERNBERG, O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad*. México: El Manual moderno. [Original de 1984: *Severe Personality Disorders*. New Haven: Yale University Press]
- KERNBERG, O. (1992). Paranoiagénesis en las organizaciones. *Clínica y Análisis Grupal*, 14(1) 9-30.
- KERNBERG, O. (1994). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1992: *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. New Haven: Yale University Press]
- KERNBERG, O. (1995). *Relaciones amorosas. Normalidad y patología*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1995: *Love relations. Normality and Pathology*. New Haven: Yale University Press]

- KERNBERG, O. F. (1995). Discussions: Empirical Research in Psychoanalysis. In Shapiro, T. and Emde, R. (eds.), *Research in Psychoanalysis. Process, Development, Outcome*. Madison: International Universities Press.
- KERNBERG, O. (1996). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. En J. F. Clarkin y M. F. Lenzenweger (comps.), *Major Theories of Personality Disorders*. Nueva York: Guilford.
- KERNBERG, O. F. (1998). *Trastornos graves de la personalidad*. México: El Manual Moderno.
- KERNBERG, O. F. (1999). Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: contemporary controversies. *International Journal of Psychoanalysis*, 80(6), 1075-1092.
- KESSELMAN, H. (1976). *Psicoterapia breve*. Madrid: Fundamentos.
- KESSELMAN, H. (1977). Psicopatología Vincular. *Clínica y Análisis Grupal*, 2(4), 6-28.
- KESSELMAN, H. (1986). Pichón Rivièrre y su Teoría del Grupo Familiar. *Clínica y Análisis Grupal*, 42, 503-531.
- KHAN, M. M. (1980a). *La alienación en las perversiones*. Buenos Aires: Nueva Visión. [Original de 1979]
- KHAN, M. M. (1980b). *La intimidad del Sí mismo*. Madrid: Saltés. [Original de 1974]
- KHAN, M. M. (1988). *Cuando llegue la primavera. Tomas de conciencia en el psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Paidós, 1991.
- KHAN, M. M. (1991a). *Locura y soledad*. Buenos Aires: Lugar editorial. [Original de 1983]
- KHAN, M. M. (1991b). *Cuando llegue la primavera. Tomas de conciencia en el psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1988]
- KHUN, T. (1962). *Estructura de las revoluciones científicas*. México: FCE.
- KIESLER, D. J. (1966). Some Myths of Psychotherapy Research and the Search for a Paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-131.
- KILLINGMO, B. (1989). Conflict and Deficit: implications for technique. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, 65-79.
- KILLINGMO, B. (1995). Affirmation in Psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, 503-518.
- KILLINGMO, B. (1997). The so-called rule of abstinence revisited. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 20, 144-159. [Traducción castellana: Revisión de la denominada Regla de Abstinencia. *Intersubjetivo*, 1(1) 65-78]
- KILLINGMO, B. (2000). Una perspectiva de escucha psicoanalítica en un tiempo de pluralismo. *Intersubjetivo*, 2(1) 5-22.

- KING, P. y STEINER, R. (2003). *Las controversias Anna Freud-Melanie Klein (1941-1945)*. Madrid: Síntesis. [Original de 1991: *The Freud-Klein Controversies 1941-45*. Londres: Routledge]
- KLEIN, G. S. (1976). *Psychoanalytic Theory: An exploration of Essentials*. Nueva York: International Universities Press.
- KLEIN, M. (1932). El psicoanálisis de Niños. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- KLEIN, M. (1935). Amor, Culpa y Reparación. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- KLEIN, M. (1935). Contribución a la Psicogénesis de los Estados Maníaco-Depresivos. En *Obras Completas* (vol. I). Buenos Aires: Paidós, 1989. [Original en *International Journal of Psychoanalysis*, 16, 145-74]
- KLEIN, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Obras Completas* (vol. I). Buenos Aires: Paidós, 1989. [Original en *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110]
- KLEIN, M. (1957). Envidia y Gratitud. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- KLEIN, M. (1989a). Amor culpa y reparación y otros trabajos. En *Obras completas* (vol. I). Buenos Aires: Paidós. [Original de 1948: *Contributions to Psychoanalysis, 1921-1945*. Londres: The Hogarth Press]
- KLEIN, M. (1989b). El psicoanálisis de niños. En *Obras completas* (vol. II). Buenos Aires: Paidós. [Original de 1949: *The Psychoanalysis of Children*. Londres: The Hogarth Press]
- KLEIN, M. (1989c). Envidia y gratitud y otros trabajos. En *Obras completas* (vol. III). Buenos Aires: Paidós. [Original de 1957: *Envy and Gratitude. A study of unconscious sources*. Londres: The Hogarth Press./Nueva York: Basic Books]
- KLEIN, M. (1989d). Relato del psicoanálisis de un niño. En *Obras completas* (vol. IV). Buenos Aires: Paidós. [Original publicado en 1961. Londres: The Hogarth Press]
- KLEIN, M., HEIMANN, P., ISAACS, S. y RIVIERE, J. (1989). Desarrollos en Psicoanálisis. En *Obras completas* (vol. V). Buenos Aires: Paidós. [Original de 1952: *Developments in Psicoanálisis*. Londres: The Hogarth Press]
- KLEIN, M., HEIMANN, P., MONEY-KYRLE, R. *et al.* (1989). Nuevas direcciones en psicoanálisis. En *Obras completas* (vol. VI). Buenos Aires: Paidós. [Original de 1953: *New Directions in Psicoanálisis*. Nueva York: Basic Books]
- KLEINKE, C. L. (1998). *Principios communes en Psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- KLERMAN, G. K., WEISSMAN, M. M., ROUNSAVILLE, B. J. y CHEVRON, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Nueva York: Basic Books.

- KLERMAN , G. K. y WEISSMAN, M. M. (1993). *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- KLERMAN, G. K., y WEISSMAN, M. M. (1999). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Northvale, N. J.: Aronson.
- KNOX, D. (1971). *Marriage Happiness*. Nueva York: Research Press.
- KOFMAN, S. (1980). *El enigma de la mujer ¿Con Freud o contra Freud?* Barcelona: Gedisa, 1982.
- KOHON, G. (Ed.) (1986). *The British school of psychoanalysis. The Independent tradition*. Londres: Free Association Books.
- KOHUT, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis. An examination of the relationship between mode of observation and theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 459-483.
- KOHUT, H. (1977). *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires: Amorrortu. [Original de 1971: *The Analysis of the Self. A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. Nueva York: International Universities Press]
- KOHUT, H. (1979). The two analyses of Mr. Z. *Internacional Journal of Psycho-Analysis*, 60, 3.
- KOHUT, H. (1980). *La restauración del sí-mismo*. Barcelona-Buenos Aires: Paidós. [Original de 1977: *The Restoration of the Self*. Nueva York: International Universities Press]
- KOHUT, H. (1986). *¿Cómo cura el análisis?* Buenos Aires: Paidós. [Original de 1984: *How does Analysis Cure?* Chicago: The University of Chicago Press]
- KOHUT, H. (2002). *Los dos análisis del Sr. Z*. Barcelona: Herder.
- KOLLBRUNNER, J. (2001). *Freud enfermo*. Barcelona: Herder.
- KRIS, E. (1951). Ego psychology and interpretation in psychoanalytic therapy. En C. Thompson (Ed.), *An outline of psychoanalysis* (pp. 77-93). Nueva York: Random House, 1955.
- KRIS, E. (1952). *Psychoanalytic explorations in art*. Nueva York: International Universities Press.
- KRIS, E. (1964). *Psicoanálisis del arte y del artista*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1952: *Psychoanalytic explorations in art*. Nueva York: International Universities Press]
- KRIS, E. y GOMBRICH, E. (1938). The principles of caricature. Trabajo incluido en *Psychoanalytic explorations in art*. Nueva York: International Universities Press, 1952.
- KRIS, E. y GOMBRICH, E. (1940). *Caricature*. Harmondsworth, Middlesex: King Penguin Books.

- KUHN, T. S. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press. [Versión castellana: México: F. C. E. 1971]
- LABRADOR, F., VALLEJO, M. A., MATELLANES, M., ECHEBURÚA, E., BADOS, A. y FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. Documento de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud. Siglo XXI. Noviembre de 2002. *Infocop*, 17, 25-30, Madrid: COP.
- LACAN, J. (1966). *Ecrits*. París: éditions Seuil. [Versión castellana, *Escritos* 1 y 2, México: Siglo XXI Editores, 1971 y 1975 respectivamente]
- LACAN, J. (1975). Posición del inconsciente. En *Escritos* 2 (pp. 365-386). México: Siglo XXI Editores. [Original de 1966]
- LACAN, J. (2001). *Autres écrits*. París: Éditions du Seuil-Le champ freudien.
- LAGACHE, D. (1974). *El psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1955]
- LAING, R. D. (1999). *El Yo Dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad*. México: F. C. E. [Original de 1960]
- LAKATOS, I. (1975). *La crítica y el desarrollo del conocimiento*. México: Grijalbo.
- LAMBERT, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for Integrative and Eclectic Therapists. En J. C. Norcross y M. R. Gelfand (comps.), *Handbook of psychotherapy integration*. Nueva York: Basic Books.
- LAMPROPOULOS, G. K. (2000). A Reexamination of the Empirically Supported Treatments Critiques *Psychotherapy Research*, 10(4), 474-487.
- LANGER, M. (1951). *Maternidad y sexo. Estudio psicoanalítico y psicosomático*. Buenos Aires: Paidós.
- LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. B. (1979). *Diccionario del psicoanálisis*. Barcelona: Labor. [Original de 1968]
- LAPLANCHE, J. (1979). *Problemática psicoanalítica I. La angustia en las neurosis*. Buenos Aires: Nueva Visión. [Original de 1970-71: Angoisse, Douleur, déplaisir *Bulletin de Psychologie* t. XXIV. París]
- LEMAIRE, J. (1971a). La thérapie du couple. Indications et contreindications. *Dialogue*, 29, 9-14.
- LEMAIRE, J. (1971b). La thérapie du couple. Le premier entretien conjoint. *Dialogue*, 30, 3-10.
- LEMAIRE, J. G. (1986). *La pareja humana: su vida su muerte, su estructura*. México: Fondo de cultura económica.
- LEUZINGER-BOHLEBER, M. y TARGET, M. (Eds.) (2002). *Outcomes of Psychoanalytic Treatment. Perspectives for Therapists and Researchers*. Londres: Whurr Publishers.
- LEVENSON, H. (1997). Guía práctica para una terapia de tiempo limitado. Bilbao: Desclée de Brouwer. [Original de 1995: *Time Limited Dynamic Psychotherapy*. Nueva York: Basic Books]

- LEVY, P. (1990). *Les technologies de l'intelligence: l'avenir de la pensée à l'ère informatique*. París: La Decouverte.
- LIDZ, T. (1963). *The family and human adaptation*. Nueva York: International Universities Press.
- LINDNER, S. (1879). Das Saugen an den Fingern, Lippen, etc., bei den Kindern (Ludeln). *Jahrbuch Kinderheilk*, 14, 68.
- LITTLE, M. I. (1951). Counter-transference and the patient's response to it. *International Journal of Psycho-Analysis*, 32, 32-40.
- LITTLE, M. I. (1957). R. The analyst's total response to his patient's needs. *International Journal of Psycho-Analysis*, 38, 240-254.
- LITTLE, M. I. (1995). *Relato de mi análisis con Winnicott*. Buenos Aires: Lugar Editorial. [Original de 1990]
- LOEWALD, H. (1980). *Papers on psicoanálisis*. New Haven, CT: Yale University Press.
- LOEWALD, H. (1988). *Sublimation*. New Haven, CT: Yale University Press.
- LOEWENSTEIN, R. (1928). La technique psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, II(1), 113-134.
- LOEWENSTEIN, R. (1930-1931). Remarques sur le tact dans la technique psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, IV(2), 266-275.
- LOEWENSTEIN, R. (1951). The Problem of Interpretation. *Psychoanalytic Quarterly*, 20, 1-14.
- LOEWENSTEIN, R. (1952). *Psychanalyse de l'antisémitisme*. París: PUF.
- LONGHI, R. y ABELLO, A. (2000). El diario clínico: ¿Una forma de expresión de pensamiento terciario? *Intersubjetivo. Revista de psicoterapia psicoanalítica y salud*, 2(2).
- LÓPEZ ORNAT, S. (1979). Significados de la psicología pensada desde el grupo. *Clínica y Análisis Grupal*, 4(16), 282-289.
- LORAND, S. (1945). *Técnica del tratamiento psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós, 1966.
- LOWEN, A. (1977). *Bioenergética*. México: Diana. [Original de 1975]
- LUBORSKY, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). Nueva York: Brunner/Mazel.
- LUBORSKY, L. (1977). The Core Conflictual Relationship Theme. En N. Freedman y S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures* (pp. 367-395). Nueva York: Plenum Press.
- LUBORSKY, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. Nueva York: Basic Books.
- LUBORSKY, L. y CRIST-CHRISTOPH, P. (Eds.) (1990). *Understanding Transference: The CCRT method*. Nueva York: Basic Books.

- LUBORSKY, L., y CRITS-CHRISTOPH, P. (1998). *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method*. (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- LUBORSKY, L. y LUBORSKY, H. (1995). The Era of Measures of Transference: The C. C. R. T. and Other Measures. In Shapiro, T. and Emde, R. (eds.), *Research in Psychoanalysis. Process, Development, Outcome*. Madison: International Universities Press.
- LUBORSKY, L., BARBER, J. P., SIQUELAND, L., JOHNSON, S. *et al.* (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (HAQ-II). Psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(3), 281-287.
- LUBORSKY, L.; DIGER, L.; LUBORSKY y SCHMIDT, K. A. (1999). The Efficacy of Dynamic versus Other Psychotherapies: It is True that 'Everyone has Won and All Must Have Prizes?' An Update. En D. S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy Indications and outcomes*. Washintong: American Psychopathological Association.
- MADANES, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- MADANES, C. (1984). *Behind the one-way mirror: Advances in the practice of strategic therapy*. San Francisco: Josey Bass.
- MAHLER, M. (1952). On child psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychoses. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 286-305.
- MAHLER, M. (1958). Autism and symbiosis, two extreme disturbances of identity. *International Journal of Psychoanalysis*, XXXIX, 2-4.
- MAHLER, M. (1967). On human simbiosis and the vicisitudes of individuation. *Journal of the American Psycho-analitical Association*, 15, 740-763.
- MAHLER, M. (1968). *On human simbiosis and the vicissitudes of individuation: Infantile psychosis* (vol. I). Nueva York: International Universities Press.
- MAHLER, M. (1972). *Simbiosis humana: Las vicisitudes de la individuación*, México: J. Moritz. [Original de 1968]
- MAHLER, M. S., PINE, F. y Bergman, A. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano. Simbiosis e individuación*. Buenos Aires: Marymar eds. [Original de 1975: *The psychological birth of human infant*. Nueva York: Basic Books]
- MAHONEY, M. J. (1989). El futuro de la psicología científica. *Psicologemas*, 3, 183-203.
- MAHONEY, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. Nueva York: Basic Books
- MAISONNEUVE, J. (1969). *La Dinámica de los Grupos*. Buenos Aires: Proteo. [Original de 1968].
- MALAN, D. H. (1979). *Psicoterapia Individual y la ciencia de la psicodinámica*. Buenos Aires: Paidós.

- MALAN, D. H. (1983). *Psicoterapia Breve*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1963: *A study of Brief Psychotherapy*. Londres: Tavistock Publications Limited]
- MALUGANI, M. (1990). *Las psicoterapias breves*. Barcelona: Herder.
- MANDOLINI GUARDO, R. G. (1969). *Historia general del psicoanálisis*. Buenos Aires: Ciordia.
- MANGILE, D. y PRUDHOMME, J. (1967). Le concept unitaire du couple à travers la psychothérapie collective de couples mariés. *Laval Méd. Canada*, 38(1), 113-118.
- MANICAS, P. y SECORD, P. (1983). Implications for Psychology of the New Philosophy of Science. *American Psychologist*, 38, 339-413.
- MANN, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- MANNONI, O. (1975). *Freud. El descubrimiento del inconsciente*. Buenos Aires: Nueva visión. [Original de 1968]
- MARCUSE, H. (1967). *Eros y civilización*. Madrid: Alianza Editorial. [Original de 1955]
- MARCUSE, H. (1969). *El hombre unidimensional*. Madrid: Alianza Editorial. [Original de 1964]
- MARMAR, C. R., HOROWITZ, M. J., WEISS, D. S. y MARZIALI, E. (1986). The development of the Therapeutic Alliance Rating System. En L. S. Greenberg, y W. M. Pinsof (Eds), *The psychotherapeutic process: A research handbook. Guilford clinical psychology and psychotherapy series* (pp. 367-390). Nueva York: The Guilford Press.
- MARMAR, C. R.; WEISS, D. S.; y GASTON, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological assessment*, 1(1), 6-52.
- MARTÍN CABRÉ, L. J. (1998). Prólogo. En Jiménez Avello, *Para leer a Ferenczi*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- MARTIN, P. A. (1973). Resistances to innovations in psychiatric training as exemplified by marital therapy. En Usdin (ed.), *Psychiatry: education and image*. Nueva York: Brunner-Mazel.
- MARTIN, P. A. (1976). *Manual de terapia de pareja*. Buenos Aires: Amorrortu.
- MARTIN, P. A. y BIRD, W. H. (1959). Analytic family therapy: a survey of trend in research and practice. En M. Grotjahn, *Individual and Family Dynamics*. Masserman. Nueva York: Grune and Stratton.
- MARTINEZ BELLOCH, M. I. y BONILLA CAMPOS, A. (2000). *Sistema Sexo/Género, identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Universidad de Valencia.
- MARZIALI, E. (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance: Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(7), 417-423.

- MASOTTA, O. (1992). *Lecturas de psicoanálisis. Freud, Lacan*. Barcelona: Paidós.
- MASSON, J. M. (1985). *El asalto a la verdad. La renuncia de Freud a la teoría de la seducción*. Barcelona: Seix Barral. [Original de 1984]
- MELTZER, D. (1967). *The Psycho-Analytical Process*. Perthshire, Scotland: Clunie Press (Reeditado en 1979). [Versión castellana: Buenos Aires, Paidós, 1968]
- MELTZER, D. (1968a). Terror, persecution, dread. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 396-400.
- MELTZER, D. (1968b). *El proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1967, Reeditado en 1979: *The Psychoanalytical Process*, Perthshire, Scotland: Clunie Press]
- MELTZER, D. (1974). *Los estados sexuales de la mente*. Buenos Aires: Kargieman.
- MELTZER, D. (1975). *Explorations in autism. A Psychoanalytical Study*. Petershire: Clunie Press.
- MENNINGER, K. (1958). *Theory of Psychoanalytic Technique*. Nueva York: Basic Books.
- MERGENTHALER, E. (1996). Emotion-Abstraction Patterns in Verbatim Protocols: A New Way of Describing Psychotherapeutic Processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1306-18.
- MEYER, A (1955). Psychothérapie adlérienne. En A. Laffont (Pres.) y M. Coumetou (Sec.), *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie*. París. Cod. 37813.A
- MEYNERT, T. (1884). *Psychiatrie*. Viena: Braumüller.
- MIGONE, P. (2000). El psicoanálisis en el sillón y la psicoterapia en el diván. Implicaciones de la redefinición de Gill sobre las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia. *Intersubjetivo*, 2(1) 23-40.
- MILGRAM, S. T. (1960-1966). Some conditions of obedience and disobedience to authority. *Human Relations*, 18, 57-76, 1965.
- MINUCHIN, S. (1978). *Familias y Terapia Familiar*. Buenos Aires: Amorrortu/Barcelona: Gedisa. [Original de 1974: *Families and Family Therapy* Cambridge: Harvard University Press]
- MITCHELL, J. (1971). *La condición de la mujer*. Barcelona: Anagrama, 1977.
- MITCHELL, J. (1974). *Psychoanalysis and Feminism: A Radical Reassessment of Freudian Psychoanalysis*. Londres: Penguin Books.
- MITCHELL, S. A. y BLACK, M. J. (1995). *Freud and Beyond. A History of Modern Psychoanalytic Thought*. Nueva York: Basic Books.
- MITCHELL, S. A. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis*. México: Siglo XXI. [Original de 1988: *Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration*. Cambridge, MA/Londres: Harvard Univ. Press]
- MITCHELL, S. A. (1995). Interaction in the Kleinian and Interpersonal Traditions. *Contemporary Psychoanalysis*, 31(1), 65-91.

- MITCHELL, S. A. y ARON, L. (eds.) (1999). *Relational Psychoanalysis. The emergence of a tradition*. Londres: The Analytic Press.
- MITJAVILA, M. y POCH, J. (2001). Investigación en psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis. Número Especial Internacional*, 8, 233-248.
- MITTLEMAN, B. (1944). Complementary Neurotic Reactions in Intimate Relationships. *Psychoanalytic Quarterly*, 13, 479-491.
- MITTLEMAN, B. (1948). The concurrent Analysis of Marital Couples. *Psychoanalytic Quarterly*, 17, 182-197.
- MITTLEMAN, B. (1956). Analysis of reciprocal neurotic patterns in family relationships. En V. Eisenstein, *Neurotic interaction in marriage*. Nueva York: Basic Books.
- MODELL, A. H. (1984). *El psicoanálisis en un contexto nuevo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- MODELL, A. H. (1988). The Centrality of the Psychoanalytic Setting and the Changing Aims of Treatment-A Perspective from a Theory of Object Relations. *Psychoanal. Q.*, 57, 577-596.
- MOLL, A. (1898). *Untersuchungen über die Libido sexualis*. Berlín.
- MOLNOS, A. (1984). The two triangles are four: a diagram to teach the process of dynamic brief psychotherapy. *British J. of Psychoanalysis*, 108, 129-137.
- MONEDERO, C. (1977). *Introducción a la psicopatología*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- MONEDERO, C. (Dir.) (1982). *Historia de la Psicoterapia*, (vols. 1-2). Madrid: UNED.
- MONEY-KYRLE, R. E. (1956). Normal countertransference and some of its deviations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 360-366.
- MONOD, J. (1970). *El azar y la necesidad*. Barcelona: Seix Barral.
- MOREAU RICAUD, M. (2000). *Michael Balint. El nuevo comienzo de la Escuela de Budapest*. Madrid: Síntesis. [Original de 1998]
- MOREAU RICAUD, M. (2000a). La creación de la Escuela de Budapest, *Intersubjetivo. Revista de psicoterapia psicoanalítica y salud*, 2(2), 205-220.
- MORENO, J. L. (1974). *Psicodrama*. Buenos Aires: Hormé.
- NAGEL, E. (1959). Methodological issues in psychoanalytic theory. En Hook, S. (Ed.) *Psychoanalysis, Scientific Method and philosophy* (pp. 38-56). Nueva York: Grove Press, 1960.
- NASIO, J. N. (comp.) (1996a). *Grandes psicoanalistas. Introducción a las obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein*, vol. I. Barcelona: Gedisa. [Original de 1994]
- NASIO, J. N. (comp.) (1996b). *Grandes psicoanalistas. Introducción a las obras de Winnicott, Dolto, Lacan*, vol. II. Barcelona: Gedisa. [Original de 1994]
- NATHAN, P. E.; GORMAN, J. M. y SALKIND, N. J. (2002). *Tratamiento de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan*. Madrid: Alianza.

- NEUBECK, G. (1954). Factors affecting group psychotherapy with married couples. *Marr. And Fam. Liv.*, 16, 216-220.
- NEWMAN, F. L. and TEJEDA, M. (1996). The Need for Research That Is Designed to Support Decisions in the Delivery of Mental Health Services. *American Psychologist*, oct., 1040-1049.
- NICHOLS, M. (1984). *Family Therapy: Concepts and Methods*. Nueva York: Gardner Press.
- NICHOLS, R. S. (1963). The influence and economic and administrative factors on the type and quality of care given to persons with psychological disease. *Working papers in Community Mental Health*, 1, 134.
- NORCROSS, J. C. (comp.) (1986). *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. Nueva York: Brunner Mazel.
- NORCROSS, J. C., ALFORD, B. A. y DE MICHELE, J.T. (1992). The future of psychotherapy: Delphy data and concluding observations. *Psychotherapy*, 29, 150-158.
- NORCROSS, J. C. y GOLDFRIED, M. R. (1992). *Handboock of Psychotherapy integration*. Nueva York: Basicbooks.
- NUNBERG, H. y FEDERN, E. (Eds.) (1962-1975). *Minutes of the Vienna Psychoanalytic Society* (vols. 1-4). Nueva York: International Universities Press. [Versión castellana: *Las reuniones de los miércoles. Actas de la Sociedad Psicoanalítica de Viena*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1979]
- NUNBERG, H. y FEDERN, E. (Eds.) (1979). *Las reuniones de los miércoles. Actas de la Sociedad Psicoanalítica de Viena*. Buenos Aires: Nueva Visión. [Original de 1965 a 1975: *Minutes of the Vienna Psychoanalytic Society* (4 vols.). Nueva York: International Universities Press]
- O'DONOHUE, W. (1989). The (Eveb) Boulder Model. The Clinical Psychologist as Metaphysician-Scientist-Practitioner. *American Psychologist*, 44(12), 1460-1468.
- OBENDORF, C. (1938). Psychoanalysis of married couples. *Psychoanalytic Review*, 25, 453.
- OLSON, D. H. y CLAIBORN, C. D. (2001). Interpretation and Arousal in the Counseling Process. En C. E. Hill (Ed.), *Helping Skills. The Empirical Foundation*. Washington: American Psychological Association.
- O'MALLEY, S. S.; SUH, C. S. y STRUPP, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 51(4), 581-586.
- ORANGE, D. M. (2001). From cartesian minds to experiential worlds in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 18(2), 287-302.
- ORLINSKY, D. E. et al. (1999). Development of Psychotherapists: Concepts, Questions, and Methods of a Collaborative International Study. *Psychotherapy Research*, 9(2), 127-153.

- ORLINSKY, D. E. and HOWARD, K. I. (1978). The Relation of Process to Outcome in Psychotherapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. Nueva York: Wiley.
- ORLINSKY, D. E. y RUSSELL, R. L. (1994). Tradition and Change in Psychotherapy Research: Notes on the Fourth Generation. En R. L. Russell (Ed.), *Reassessing Psychotherapy Research*. Nueva York: The Guilford Press.
- ORLINSKY, D. E., RONNESTAD, M. H., AMÜHL, H., DAVIS, J. D., DAVIS, M., WILLUTZKI, V., B OTERMANS, J. F. y CIERPKA, M. (1999). Psychotherapist's Assessments of Their Development at Different Career Levels. *Psychotherapy*, 36(3) 203-215.
- ORTEGA Y GASSET, J. (1930). *La Rebelión de las Masas*. Madrid: Espasa-Calpe, 1969.
- PAGÉS, M. (1968). *La vida afectiva de los grupos*. Barcelona: Fontanella, 1977.
- PAMPLIEGA DE QUIROGA, A. (1980). La concepción del sujeto en el pensamiento de Pichon-Rivière. *Clínica y Análisis Grupal*, 5(24), 546-560.
- PAOLINI, E. (1978). Vínculo, depresión y duelo en la teoría de la enfermedad única. *Clínica y Análisis Grupal*, 3(8), 108-122.
- PAOLINI, E. (1979). La psicopatología entendida desde el vínculo: procesos fundantes de la personalidad normal y patológica. *Clínica y Análisis Grupal*, 4(16), 270-281.
- PATTISON, E. M. (1965). Evaluation studies of group psychotherapy. *Int. J. Group Psychother.*, 15, 382-397.
- PAUL, G. L. (1967). Strategy of Outcome Research in Psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- PAVLOVSKY, E. (1968). *Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina. [Reeditado en Madrid por Ed. Fundamentos, 1979; y Buenos Aires: Búsqueda, 1987]
- PAZ, J. R. (1971). *Psicopatología. Sus fundamentos dinámicos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- PEIRÓ, J. M. y SALVADOR, A. (1993). *Control del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- PEREIRA, F. y SCHARFF, D. E. (comps.) (2002). *Fairbairn and Relational Theory*. Londres: Karnac Books.
- PÉREZ GARCÍA, A. M. (1999). *Personalidad, afrontamiento y apoyo social*. Madrid: Klinik.
- PERLS, F. (1947). *Ego, hunger and aggression: The beginning of Gestalt Therapy*. Nueva York: Vintage Books.
- PERLS, F. (1974). *Sueños y existencia*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos. [Original de 1969: *Gestalt Therapy*, Moab, Utah: Real People Press]
- PERLS, F. (1975). *Dentro y fuera del cubo de la basura*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos. [Original de 1969]

- PERRY, H. S. (1982). *Psychiatrist of America: The Life of Harry Stack Sullivan*.
- PHILIPS, A. (1997). *Winnicott*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- PICHON-RIVIÈRE, E. (1970). Una teoría de la enfermedad. En *El Proceso Grupal. Del psicoanálisis a la psicología social* (vol. I). Buenos Aires: Nueva Visión, 1975.
- PICHON-RIVIÈRE, E. (1975). *El Proceso Grupal. Del psicoanálisis a la psicología social* (vol. I). Buenos Aires: Nueva Visión.
- PICHON RIVIÈRE E. (1978). *La Psiquiatría, una nueva problemática*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- PICHON RIVIÈRE, E. (1978). *El Proceso Grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- PICHON RIVIÈRE, E. (1979). *Teoría del Vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- PINSOF, W. M. y CATHERALL, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 137-151.
- PIPER, W. E.; JOYCE, A. S.; MCCALLUM, M. y AZIM, H. (2001). Concentration and correspondence of Transference Interpretation in Short-Term Psychotherapy. En C. E. Hill (Ed.), *Helping Skills. The Empirical Foundation*. Washington: American Psychological Association.
- POCH I BULICH, J. (1989). *Psicología Dinámica*. Barcelona: Editorial Herder.
- POCH, J. (1996). La psicoterapia psicoanalítica de fin de siglo: logros y retos. En Gutiérrez, Chamorro y Bach (comps.), *Psicoanálisis y Universidad*. Madrid: Profesores de Psicoanálisis en la Universidad (PPU).
- POCH, J. y ÁVILA, A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- POCH, J. y MAESTRE, F. (1994). Psicoterapia breve y focal desde el punto de vista psicoanalítico. En Ávila, A y Poch, J. (Comps.), *Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI.
- POLANYI, M. (1958). *Personal Knowledge: Towards a post-critical Philosophy*. Chicago: University of Chicago Press.
- POLITZER, G. (1973). *Crítica de los fundamentos de la Psicología*. Buenos Aires: Kargiemann. [Original de 1928, reeditado en París por PUF en 1968]
- POPE, B. (1979). *The mental health interview. Research and Application*. Nueva York: Pergamon.
- POPPER, K. R. (1983). *Conjeturas y refutaciones. El desarrollo del conocimiento científico*. Madrid: Paidós. [Original de 1962]
- POPPER, K. R. (1995). *La lógica de la investigación científica*. Barcelona: Círculo de lectores. [Original de 1959]
- PRÉVOST, C. M. (1973). *Janet, Freud et la Psychologie Clinique*. París: Petite Bibliothèque Payot.

- PROCHASKA, J. O. y DICLIMENTE, C. C. (1986). The transtheoretical approach. En J. C. Norcross (comp.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. Nueva York: Brunner Mazel.
- PUGET, J. (comp.) (2001). *La pareja y sus anudamientos. Erotismo-pasión-poder-trauma*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- PUGET, J. y BERENSTEIN, I. (1988). *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*. Buenos Aires: Paidós.
- QUINN, S. (1987). *A mind of their own. The life of Karen Horney*. Nueva York: Summit Books.
- QUINODOZ, D. (1992). The Psychoanalytic Setting as the Instrument of the Container Function. *Int. J. Psycho-Anal.*, 73, 627-635.
- RACHMAN, A. W. (1993). Ferenczi and sexuality. En L. Aron y A. Harris (eds.), *The legacy of Sándor Ferenczi*. Hillsdale: Analytic Press.
- RACKER, H. (1968). *Estudios sobre la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- RAMZY, I. (1956). From Aristotle to Freud: A Few Notes on the Roots of Psychoanalysis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 20, 112-123. [Reimpreso en Mujeeb-ur-Rahman, Md. (Ed.) *The Freudian Paradigm*. Chicago: Nelson-Hall, 1977]
- RANK, O. (1907). *Der Kuenstler*. Viena: Heller.
- RANK, O. (1909). *El mito del nacimiento del héroe*. Buenos Aires: Paidós, 1961.
- RANK, O. (1924). *El trauma del nacimiento*. Buenos Aires: Paidós, 1961.
- RANK, O. (1926). *Die Analytische Situation*. Leipzig und Wien: Franz Deuticke.
- RANK, O. (1929, 1931). *Die Analytische Reaktion in ihren konstruktiven Elementen*. Leipzig und Wien: Franz Deuticke.
- RANK, O. (1929). *Will therapy*. Nueva York: Alfred A. Knopf.
- RANK, O. (1971). *El trauma del nacimiento*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1924].
- RANK, O.; SACHS, H. y PAYNE, C. R. (1915). The Significance of Psychoanalysis for the Mental Sciences. *Psychoanalytic Rev.*, 2, 297-326, 428-457.
- RAPAPORT, D. (1951). The autonomy of Ego. En Merton M. Gill (ed.), *Collected papers*. Nueva York: Basic Books, 1967.
- RAPAPORT, D. (1967). *La estructura de la teoría psicoanalítica. Un intento de sistematización*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1959: The structure of psychoanalytic theory. *Psychological Issues*, Monograph 6, 1960]
- RAPAPORT, D., GILL, M. M. (1959). The points of view and assumptions of metapsychology. *Int. Jour. Psychoanal*, 40, 153-162.
- REDING, G. R. y ENNIS, B. (1964). Treatment of the couple by a couple (1.ª parte). *British Journal of Medical Psychology*, 37, 35.
- REDING, G. R. y otros (1967). Treatment of the couple by a couple (2.ª parte). *British Journal of Medical Psychology*, 40, 243.

- REICH, W. (1945). *Análisis del carácter*. Madrid: Paidós, 1976.
- REICH, W. (1965). *Análisis del carácter*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1933].
- REICH, W. (1968). *La función del Orgasmo*. París: Ruedo Ibérico.
- REICH, W. (1970a). *Materialismo dialéctico y psicoanálisis*. Madrid: Siglo XXI. [Original de 1929; publicado como libro en Copenhague en 1934]
- REICH, W. (1970b). *Reich habla de Freud*. Barcelona: Anagrama. [Original preparado en base a entrevistas realizadas por Kurt Eissler y publicado en 1967]
- REICH, W. (1973). *La psicología de masas del fascismo*. México: Roca. [Original de 1933]
- REICH, W. (1974). *La lucha sexual de los jóvenes*. México: Roca. [Original de 1932]
- REICH, W. (1981). *La función del orgasmo*. Barcelona: Paidós. [Original de 1927: *Die Funktion des Orgasmus. Zur Psychopathologie und zur Soziologie des Geschlechtslebens*. Leipzig y Viena: Internationaler Psychoanalytischer Verlag]
- RENDON, M. (1985). Cognición y psicoanálisis: Una perspectiva Horneyana. En Mahoney, M. J. y Freeman, A. (Eds.), *Cognition and Psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press. [Versión castellana: Barcelona, Paidós, 1988]
- RICE, L. and GREENBERG, L. (1984). *Patterns of Change: Intensive Analysis of Psychotherapy Process*. Nueva York: Guilford Press.
- RICOEUR, P. (1970). *Freud, una interpretación de la cultura*. México: Siglo XXI. [Original de 1965]
- ROAZEN, P. (1978). *Freud y sus discípulos*. Madrid: Alianza Universidad. [Original de 1971]
- ROBERT, M. (1966). *La revolución psicoanalítica*. México: Fondo de Cultura Económica. [Original de 1964]
- ROBERTSON, R. (2002). *Introducción a la Psicología Junguiana. Una guía para principiantes*. Barcelona: Obelisco. [Original de 1992: *Beginner's guide to Jungian Psychology*. Cork Beach, Maine: Nicolas Hays inc.]
- RODRIGUÉ, E. (1996). *El siglo del psicoanálisis* (vols. 1-2). Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- RODRIGUÉ, E. (1996). *Sigmund Freud. El siglo del psicoanálisis* (tomos I y II). Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- RODRÍGUEZ MARÍN, J. (2001). *Psicología social de la Salud*. Madrid: Síntesis Psicología.
- RODRÍGUEZ SUTIL, C. (1995a). Clasificación y diagnóstico de la personalidad. *Clínica y Salud*, 6, 161-173.
- RODRÍGUEZ SUTIL, C. (1995b). Relación entre la piromanía y la personalidad confusa. *Clínica y Análisis Grupal*, 17(1), 63-73.
- Rodríguez Sutil, C. (1998). Agresividad y evolución de la personalidad. Un enfoque dinámico-vincular. *Clínica y Análisis Grupal*, 20(3), 381-399.

- RODRÍGUEZ SUTIL, C. (2002). *Psicopatología psicoanalítica. Un enfoque vincular*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- ROGERS, K. (1942). *Counseling and Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- ROJÍ, B., y SANJUÁN, P. (2000). Evaluación de la subjetividad discursiva en los entrevistadores. *Psicothema*, 12(2), 273-287.
- RORER, L. and WIDIGER, T. (1983). Personality Structure and Assessment. En M. Rosenweig and L. Porter (eds.) *Annual Review of Psychology*, 34, 431-464
- ROSAL CORTÉS, R. (1987). Elementos psicológico-humanistas de la psicoterapia de Fromm. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 18, 73-78.
- ROSENBAUM, M. y MUROFF, M. (Eds.) (1984). *Anna O. Fourteen contemporary reinterpretations*. Nueva York: The Free Press.
- ROSENFELD, H. A. (1978). *Estados psicóticos*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1965: *Psychotic States*. Londres: The Hogarth Press]
- ROSENFELD, H. A. (1990). *Impasse e interpretación*. Madrid: Tecnipublicaciones, 1990. [Original de 1987: *Impasse and Interpretation*. Londres: Tavistock Publications Ltd]
- ROSENTHAL, R. (1983). Assessing the Statistical Importance of the Effects of Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 4-13.
- ROUDINESCO E. (1989, 1990). *La batalla de cien años. Historia del psicoanálisis en Francia* (vols. 1-3). Madrid: Fundamentos. [Original de 1982, 1986: *La Bataille de Cent Ans. Histoire de la psychanalyse en France. 1 y 2*, París: Seuil. El tomo I fue primero editado por Ramsay, en 1982]
- ROUDINESCO, É. y PLON, M. (1998). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- RUBENS, R. L. (1996). The unique origins of Fairbairn's theories. *Psychoanalytic Dialogues*, 6(3), 413-435.
- RUBÍ CID, M. L. (1986). Salud Mental: Repetición de un conflicto, superación de un conflicto. En la monografía, *Mujer y Salud Mental* (pp. 11-14). Madrid: Ministerio de Cultura-Instituto de la Mujer.
- RUBÍ CID, M. L. (comp.) (1998a). *Psicoanálisis e identidad de género*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- RUBÍ CID, M. L. (1998b). La feminidad en el psicoanálisis. Una revisión crítica. En M. L. Rubi (comp.), *Psicoanálisis e identidad de género* (pp. 21-78). Madrid: Biblioteca Nueva.
- RUSSELL, R. L. (Ed.) (1994). *Reassessing Psychotherapy Research*. Nueva York: The Guilford Press.
- RYLE, A. (1990). *Cognitive analytic therapy, active participation in change: A new integration in brief psychotherapy*. Chichester: John Wiley.
- RYLE, A. (1995). *Cognitive analytic therapy: Developments in theory and practice*. Chichester: John Wiley.

- SACHS, H. (1945). *Freud, Master, and Friend*, Cambridge: Harvard University Press.
- SAFOUAN, M. (1979). *La Sexualidad Femenina según la doctrina freudiana*. Barcelona: Grijalbo-Crítica.
- SAFRAN J. D. y SEGAL Z. V. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- SAFRAN, J. (2003). Tratamiento psicoanalítico relacional breve. *Aperturas Psicoanalíticas*, 12. [En red. Disponible en: www.aperturas.org]
- SAGER, C. (1980). *Contrato matrimonial y terapia de pareja*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- SAHAKIAN, W. S. (1987). *Historia de la Psicología*. Madrid: Editorial Tecnos, S. A.
- SALOME, L. A. (1982). *El Narcisismo como doble dirección*. Barcelona: Tusquets. [Original de 1962]
- SÁNCHEZ-BARRANCO, A. (1995). *El psicoanálisis postfreudiano. La escuela kleiniana* (2.^a ed. rev.). Sevilla: Repiso Libros.
- SANDLER, J., HOLDER, A. y DARE, C. (1970). Brief psychoanalytic concepts: V. Resistance. *British Journal of Psychiatry*, 117, 215-221.
- SANDLER, J.; DARE, CH. y HOLDER, A. (1993). *The Patient and the analyst* (Edición revisada y ampliada por J. Sandler y A.U. Dreher). Londres: Karnac. [Versión en castellano de la 1.^a edición: *El paciente y el Analista*. Barcelona: Paidós, 1986]
- SANFELIU, I. (2002). *Karl Abraham o el descubrimiento de la melancolía*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- SANJUÁN, P. (2003). El inconsciente. En J. Bermúdez, A. M. PérezGarcía y P. Sanjuán (Eds.), *Psicología de la Personalidad: teoría e investigación* (vol. 2). Madrid: UNED.
- SARASON, B. R., SARASON, I. G., y PIERCE, G. R. (1990). *Social support: An interactional view*. Nueva York: Wiley.
- SATIR, V. (1964). *Conjoint family therapy: A guide to theory and technique*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- SATIR, V. (1965). Conjoint marital therapy. En B. L. Greeneed., *The psychotherapies of marital disharmony*. Nueva York: Free Press.
- SAUVERZAC, J. F. DE (1993). *Françoise Dolto. Itineraire d'une psychanalyste*. París: Aubier.
- SBANDI, P. (1973). *Psicología de grupos*. Barcelona: Herder, 1977.
- SCHACHTER, J. and LUBORSKY, L. (1998). Who's Afraid of Psychoanalytic Research? Analysts' Attitudes Towards Reading Clinical versus Empirical Research Papers. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 965-969.
- SCHAFER, R. (1968). *Aspects of Internalization*. Nueva York: International University Press.

- SCHAFER, R. (1975). Psychoanalysis without psychodynamics. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 41-55.
- SCHAFER, R. (1976). *A new language for psychoanalysis*. New Haven: Yale University Press.
- SCHAFER, R. (1978). *Language and insight*. New Have, CT: Yale University Press.
- SCHAFER, R. (1979). Character, ego-syntonicity and character change. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 867-891.
- SCHAFER, R. (1983). *The analytic attitude*. Nueva York: Basic Books.
- SCHAFER, R. (1992). *Retelling a Life*. Nueva York: Basic Books.
- SCHAFER, R. (1993). *The Analytic Attitude*. Londres: Karnac Books & The Institute of Psycho-Analysis.
- SCHAFER, R. (1994). The contemporary Kleinians of London. *Psychoanalytic Quarterly*, 63(3), 409-432.
- SCHARFF, D. E. y FAIRBAIRN BIRTLES, E. (comps.) (1994). *From instinct to self. Selected papers of W. R. D. Fairbairn. Volume I: Clinical and theoretical papers*. Northvale, NJ: Aronson Inc.
- SCHNEIDER, K. (1959). *Clinical Psychopathology*. Londres: Grune & Stratton.
- SCHUR, M. (1966). Some Additional 'Day residues' of the 'Specimen Dream of Psychoanalysis'. En R. M. Loewenstein, L. M. Newman, M. Schur y A. J. Solnit (comps.), *Psychoanalysis-A General Psychology* (pp. 45-85). Nueva York: International University Press.
- SCHUR, M. (1980). *Sigmund Freud. Enfermedad y muerte en su vida y en su obra* (vols. 1-2). Barcelona: Paidós Studio. [Original de 1972]
- SCHWARZER, R. y LEPPIN, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationship*, 8, 99-127.
- SEGAL, H. (1950). Some aspects of the Analysis of a Schizophrenic. *Int. Journal of Psycho-Anal.*, 31, 268-278.
- SEGAL, H. (1957). Notes on simbol formation. *International Journal of Psychoanalysis*, 38, 391-397.
- SEGAL, H. (1962). Los factores curativos en psicoanálisis. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 7, 255-268.
- SEGAL, H. (1993). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Ediciones Paidós. [Original de 1973: *Introduction to the Work of Melanie Klein*. Nueva York: Basic Bokks]
- SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. y PRATA, G. (1980). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona: Paidós. [Original de 1978: *Paradox and Counterparadox: A new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction*. Nueva York: Aronson]

- SERRANO HORTELANO, J. (1987). La Vegetoterapia Caracteroanalítica. *Energía, Carácter y Sociedad*, 5(1-2), 77-81.
- SHULMAN, D. (1990). The Investigation of Psychoanalytic Theory by Means of Experimental Methods. *International Journal of Psycho-Analysis*, 71, 487-498.
- SIFNEOS, P. (1993). *Psicoterapia breve con provocación de angustia. Manual de tratamiento*. Buenos Aires: Amorrortu. [Original de 1992: *Short-Term Anxiety-Provoking Psychotherapy. A Treatment Manual*. Nueva York: Basic Books]
- SIMMEL, E. (1918). *Kriegs-Neurosen und 'psychisches Trauma': ihre gegenseitigen Beziehungen dargestellt auf Grund psychoanalytischer, hypnotischer Studien*.
- SIMON, F. B., STIERLIN, H. y WYNNE, L. C. (1988). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- SIMPSON, P. (1994). Heinz Kohut: His Enduring Influence Today. *Psychoanalytic Psychotherapy Review*, 5(1), 6-23.
- SKINNER, B. F. (1956). Critique of psychoanalytic Concepts and Theories. En H. Feigl, *Minnesota Studies in the Philosophy of Science* (vol. I) (pp. 77-87). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- SLAVSON, S. (1976). *Tratado de psicoterapia grupal analítica*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1950].
- SLOANE, R. B.; STAPLES, F. R.; CRISTOL, A. H.; YORKSTON, N. J. y WHIPPLE, K. (1975). *Psychotherapy versus Behavior Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- SLUZKI, C. (1971). *Interacción familiar. Aportes fundamentales sobre teoría y técnica*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- SLUZKI, C. E. y RANSON, D. C. (comps) (1976). *Double bind: The foundation of the communicational approach to the family*. Nueva York: Grune & Stratton.
- SMITH, M. L., GLASS, G. y MILLER T. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- SODHI, K. S. (1953). *Urtelsbildung im sozialen Kraftfeld: Experimentelle Untersuchungen zur Grundlegung der Sozialpsychologie*. Gotinga.
- SODHI, K. S. (1963). Der Einfluss der Gruppe auf das Individuum. En Merli y Rohracher (Drs.) (pp. 354-387).
- SOKAL, A. y BRICMONT, J. (1999). *Imposturas intelectuales*. Barcelona: Paidós. [Original de 1998]
- SPEISMAN, J. C. (2001). Depth of Interpretation and Verbal Resistance in Psychotherapy. En C. E. Hill (Ed.) *Helping Skills. The Empirical Foundation*. Washington: American Psychological Association.
- SPITZ, R. (1965). *El primer año de vida del niño*. México: FCE. [Original de 1965: *The first year of life*. Nueva York: International Universities Press]
- SPITZ, R. (1972). *No y sí. Sobre la génesis de la comunicación humana*. Buenos Aires: Hormé. [Original de 1957]

- SPOERL, O. H. (1975). Abstract: single session in psychotherapy. *Diseases of the nervous system*, 36(6), 283-285.
- STERBA, R. (1934). The fate of Ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126.
- STERN, D. (1991). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós. [Original de 1985: *The interpersonal world of the Infant*. Nueva York: Basic Books]
- STERN, D. *et al.* (1998). Non-interpretive mechanism in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79(5), 903-922.
- STIERLING, H. (1973). Group Fantasies and Family Myths-Some Theoretical and Practical Aspects. *Family Process*, 12, 111-125.
- STIERLING, H. (1979). *Psicoanálisis y terapia de familia*. Barcelona: Icaria Editorial.
- STIERLING, H. y col. (1981). *Terapia de Familia. La primera entrevista*. Barcelona: Gedisa.
- STILES, W. B. (1995). Levels of Therapist's Intended Meaning. En J. Siegfried (Ed.), *Therapeutic and Everyday Discourse as Behavior Change. Towards a Micro-analysis in Psychotherapy Process Research*. Norwood: Ablex.
- STOLOROW, R. D. (1978). The Concept of Psychic Structure: Its Metapsychological and Clinical Psychoanalytic Meanings. *Int. R. Psycho-Anal.*, 5, 313-320.
- STOLOROW, R. D. (1984). Aggression in the Psychoanalytic Situation: An Inter-subjective Viewpoint. *Contemp. Psychoanal.*, 20, 643-650.
- STOLOROW, R. D. (1988). Intersubjectivity, Psychoanalytic Knowing, and Reality. *Contemp. Psychoanal.*, 24, 331-337.
- STOLOROW, R. D. (1997). Dynamic, dyadic, intersubjective systems: An evolving paradigm for psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 14, 337-346.
- STOLOROW, R. D. & ATWOOD, G. E. (1993). *Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press. 1992.
- STOLOROW, R. D. & ATWOOD, G. E. (1997). Deconstructing The Myth Of The Neutral Analyst: An Alternative From Intersubjective Systems Theory. *Psychoanal. Q.*, 66, 431-449.
- STOLOROW, R. D. y ATWOOD, G. E. (1979). *Faces in a Cloud: Subjectivity in Personality Theory*. Hillsdale, N. J.: Analytic Press. [(1993). *Faces in a Cloud: Intersubjectivity in Personality Theory* (2.^a ed.). Northvale, NJ: Aronson].
- STOLOROW, R. D., ATWOOD, G. E. y BRANDCHAFT, B. (Eds.) (1994). *The Intersubjective Perspective*. Northvale, NJ/Londres: Jason Aronson, Inc.
- STOLOROW, R. D., BRANDCHAFT, B. y ATWOOD, G. E. (1987). *Psychoanalytic Treatment. An Intersubjective Approach*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press. 1987.
- STOLOROW, R. D., ATWOOD, G. E. & ROSS, J. M. (1978). The Representational World in Psychoanalytic Therapy. *Int. R. Psycho-Anal.*, 5, 247-256

- STOLOROW, R. D., ORANGE, D. M. y ATWOOD, G. E. (2001). Cartesian and post-Cartesian trends in relational psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 18, 468-484.
- STONE, L. (1961). *The Psychoanalytic Situation. An Examination of its Development and Essential Nature*. Nueva York: Int. Univ. Press.
- STONE, L. (1967). The psychoanalytic situation and transference: postscript to an earlier communication. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 15, 3-58.
- STRACHEY, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psycho-analysis. *Int. J. Psychoanal.* 15, 127-159.
- STRUPP, H. H. y BINDER, J. L. (1993). *Una nueva perspectiva en psicoterapia. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado*. Bilbao: Desclee de Brouwer. [Original de 1989: *Psychotherapy in a new key a guide to time-limited dynamic psychotherapy*. Nueva York: Basic Books]
- SUAREZ, T. y ROJERO, C. F. (Coord.) (1983). *Paradigma sistémico y terapia de familia*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- SUGARMAN, A., NEMIROFF, R. A. y GREENSON, D. P. (Eds.) (1992). *The technique and practice of Psychoanalysis. A memorial volume to R. R. Greenson*. Madison: International Universities Press
- SULLIVAN, H. S. (1959a). *La entrevista psiquiátrica*. Buenos Aires: Psique.
- SULLIVAN, H. S. (1959b). *La teoría interpersonal de la psiquiatría*. Buenos Aires: Psique. [Original de 1953: *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Nueva York: Norton]
- SULLIVAN, H. S. (1959c). *Concepciones de la Psiquiatría Moderna*. Buenos Aires: Psique. [Original de 1947: *Conceptions of Modern Psychiatry*. Nueva York: Norton]
- SUMMERS, R. F. y BARBER, J. P. (2003). Therapeutic alliance as a measurable psychotherapy skill. *Academic psychiatry*, 27(3), 160-165.
- SUPPE, F. (1977). *The structure of Scientific Theories*. Urbana: University of Illinois Press.
- SUTHERLAND, J. D. (1989). *Fairbairn's Journey into the Interior*. Londres: Free Association Books.
- TALARN, A. (2003). *Sándor Ferenczi: el mejor discípulo de Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- TALBOTT, J. A.; HALES, R. E. y YUDOFKY, S. C. (1989). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora.
- TERUEL, G. (1974). *Diagnóstico y tratamiento de parejas en conflicto. Psicopatología del proceso matrimonial*. Buenos Aires: Paidós.
- THOMÄ, H. y KÄCHELE, H. (1985). *Lehrbuch der Psychoanalytischen Therapie* (band 1 und 2). Berlin, Springer-Verlag. [Versión castellana: *Teoría y Práctica del Psicoanálisis* (2 vols.). Barcelona, Herder, 1989]

- THOMÄ, H. y KÄCHELE, H. (1989). *Teoría y práctica del psicoanálisis: I. Fundamentos; II: Estudios clínicos*. Barcelona: Herder. [Original de 1985]
- THOMAS, A. (1956). Simultaneous psychotherapy with marital partners. En M. Grotjahn, *Analytic Family Therapy*.
- TIZÓN GARCÍA, J. L. (1988). *Apuntes para una Psicología basada en la relación*. Barcelona: Hogar del libro.
- TIZÓN, J. L. (comp.) (1992). *Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria*. Barcelona: Doyma.
- TONNESMANN, M. (comp.) (1989). *About children and Children-no-longer. The work of Paula Heimann, 1942-1980*. Londres: Routledge.
- TUBERT, S. (1988). *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*. Madrid: Fundación José Ortega y Gasset y Ediciones El Arquero.
- TUCKETT, D. (1998). Evaluating Psychoanalytic Papers. Towards the Development of Common Editorial Standards. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 431-448.
- VAUGHAN, S. *et al.* (1997). The Definition an Assessment of Analytic Process: Can Analysts Agree? *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 959-973.
- WACHTEL, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. Nueva York: Basic Books.
- WACHTEL, P. L. (1988). Terapia psicodinámica integradora. En Linn, S. J. y Garske, J. P., *Psicoterapias contemporáneas: modelos y métodos*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- WACHTEL, P. L. (1993). *Therapeutic Communication. Principles and Effective Practice*. Nueva York: Guilford Press Inc. [Versión castellana en Bilbao: DDB, 1996]
- WACHTEL, P. L. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- WALLERSTEIN, R. (1992). *Los tratamientos psicoanalíticos: una perspectiva histórica*. Barcelona: Hogar del Libro.
- WALLERSTEIN, R. S. (1986). *Forty-two Lives in treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. Nueva York: Guildford Press.
- WALLERSTEIN, R. S. (1994). La ambivalencia frente a la investigación. *Psicoanálisis Internacional. Informativo de la Asociación Psicoanalítica Internacional*, 3(2) 45-46.
- WALLERSTEIN, R. S., CA, M. V. y FONAGY, P. (1999). Psychoanalytic Research and the IPA: History, Present Status and Future Potential. *International Journal of Psycho-Analysis*, 80, 91-109.
- WALROND-SKINNER, S. (1978). *Terapia Familiar*. Buenos Aires: Col. Anesa.
- WALROND-SKINNER, S. (1982). *Psicoterapia de la familia y de la pareja*. Barcelona: Toray.

- WATZLAWICK, P. (1978). *¿Es real la realidad?* Barcelona: Herder. [Original de 1976: *How real is real?* Nueva York: Random House]
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. y JACKSON, D. (1972). *Teoría de la Comunicación Humana*. Buenos Aires: Nueva Visión. [Original de 1967: *Pragmatics of human communication*. Nueva York: Norton]
- WATZLAWICK, P.; WEAKLAND, J. H. y FISH, R. (1979). *Cambio*. Buenos Aires: Nueva Visión. [Original de 1974: *Change*. Nueva York: Norton]
- WEBSTER, R. (2002). *Por qué Freud estaba equivocado. Pecado, ciencia y psicoanálisis*. Barcelona: Destino [Original de 1995, revisado 1999]
- WEISS, J., SAMPSON, H. y THE MOUNT ZION PSYCHOTHERAPY RESEARCH GROUP (1986). *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observation, and Empirical Research*. Nueva York: Guilford Press.
- WEISSMAN, M. M. (1999). Interpersonal psychotherapy and the health care scene. En Janowsky, D. S. (Ed.), *Psychotherapy indications and outcomes*. Washington D. C.: American Psychiatric Press.
- WESTKOTT, M. (1986). *The Feminist Legacy of Karen Horney*. New Haven: Yale University Press.
- WILLI, J. (1978). *La pareja humana: Relación y conflicto*. Madrid: Morata.
- WILLIAMS, A. R. (1974). The initial conjoint marital interview: one procedure. *Family Coordinator*, 23(4), 391-397.
- WILLIAMS, J. H. (1987). *Psychology of Women: Behavior in Biosocial Context*. Nueva York: W. W. Norton and Co.
- WINNICOTT, D. W. (1951). Objetos y fenómenos transicionales. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (pp. 307-324). Barcelona: Paidós, 1999.
- WINNICOTT, D. W. (1955). Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós, 1999.
- WINNICOTT, D. W. (1956). Preocupación maternal primaria. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (pp. 397-404). Barcelona: Paidós, 1999.
- WINNICOTT, D. W. (1960a). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585-595.
- WINNICOTT, D. W. (1960b). Counter-transference. *British Journal of Medical Psychology*, 33, 17-21.
- WINNICOTT, D. W. (1962). The theory of the parent-infant relationship-further remarks. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 238-239.
- WINNICOTT, D. W. (1963). Dependence in Infant Care, in Child Care, and in the Psycho-Analytic Setting. *Int. J. Psycho-Anal.*, 44, 339-344. [Versión en castellano: La dependencia en el cuidado del infante y del niño, y en el encuadre psicoanalítico. En D. W. Winnicott, *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós, 1993]

- WINNICOTT, D. W. (1965). *Los procesos de maduración en el niño y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.
- WINNICOTT, D. W. (1973, r. 1986). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa. [Original de 1971]
- WINNICOTT, D. W. (1978). El concepto de individuo sano. Incluido en D. W. Winnicott y otros, *Donald W. Winnicott* (pp. 25-44). Buenos Aires: Editorial Trieb.
- WINNICOTT, D. W. (1989). *Sostén e Interpretación*. Barcelona: Paidós, 1992.
- WINNICOTT, D. W. (1990). *El gesto espontáneo. Cartas escogidas*. Buenos Aires: Paidós.
- WINNICOTT, D. W. (1991). La interpretación en psicoanálisis. En *Exploraciones psicoanalíticas I* (pp. 250-255). Barcelona: Paidós. [Original de 1968]
- WINNICOTT, D. W. (1992). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Barcelona: Paidós. [Original de 1965: *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. Londres: Hogarth]
- WINNICOTT, D. W. (1993). *Clínica Psicoanalítica Infantil* (2.^a ed.). Buenos Aires: Hormé.
- WINNICOTT, D. W. (1994). *Psicoanálisis de una Niña Pequeña (The Piggle)*. Barcelona: Gedisa. [Original de 1977]
- WINNICOTT, D. W. (1999a). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós. [Original de 1958: *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. Londres: Tavistock]
- WINNICOTT, D. W. (1999b). Objetos y fenómenos transicionales. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (pp. 307-324). Barcelona: Paidós. [Original de 1951]
- WINNICOTT, D. W. (1999c). El odio en la contratransferencia. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (pp. 263-274). Barcelona: Paidós. [Original de 1947: *Hate in the Counter-Transference*. Incluido en *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. Londres: Tavistock]
- WINNICOTT, D. W. (1999d). Preocupación maternal primaria. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (pp. 397-404). Barcelona: Paidós. [Original de 1956]
- WINNICOTT, D. W. (1999e). Variedades clínicas de la transferencia. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (pp. 391-396). Barcelona: Paidós. [Original de 1955-56]
- WINNICOTT, C., SHEPHERD, R. y DAVIS, M. (comps.) (1991). *Exploraciones psicoanalíticas I y II*. Buenos Aires: Paidós.
- WINNUST, J. A. M., BUUNK, B. P., y MARCELISSEN, F. H. G. (1988). Social support and stress: Perspectives and processes. En S. Fisher y J. Reason, *Handbook of life stress, cognition and health*. Chichester: John Wiley & Sons.
- WINOKUR, M. y DASBERG, H. (1985). Psicoterapia dinámica breve (PDB). Técnicas Terapéuticas. En J. Itzigsohn y H. Dasberg, *Terapias breves* (pp. 37-56). Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.

- WINSTON A. *et al.* (1991). Brief psychotherapy of personality disorders. *Journal of Neurosis & Mental Disease*, 179(4). 188-193.
- WITTELS, F. (1924). *Sigmund Freud, His Teaching, and His School*, trad. de Eden y Cedar Paul.
- WOLBERG, L. (1968). *Psicoterapia breve*. Madrid: Gredos.
- WORTIS, J. (1965). *Mi análisis con Freud*. Buenos Aires: Editorial Universitaria. [Original de 1954]
- WRAGE, K. H. (1968). Paar-Beratung. *Ehe*, 3, 114-124.
- WYNNE, L. C. (1965). Some Indications and Contraindications for Exploratory Family Therapy. En Boszormenyi-Nagy y Framo, *Intensive Family Therapy op. cit.*
- YALOM, I. (1984). *Psicoterapia Existencial*. Barcelona: Herder.
- YEOMANS, F. E., CLARKIN, J. F. y KERNBERG, O. F. (2002). *A primer of Transference-Focused. Psychotherapy for the Borderline Patient*. Northvale, N. J.: Jason Aronson.
- YOUNG-BRUEHL, E. (Ed.) (1990). *Freud on Women: A reader*. Londres: The Hogarth Press.
- ZAJONC, R. B. (1965). Social facilitation. *Science*, 149, 269-274.
- ZANARDI, C. (Ed.) (1990). *Essential papers on the Psychology of Women*. Nueva York: Nueva York University Press.
- ZAX, M. y SPECTER, G. A. (1979). *Introducción a la Psicología de la Comunidad*. México: Manual Moderno.
- ZETZEL, E. (1956a). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-376.
- ZETZEL, E. (1956b). An Approach to the Relation Between Concept and Content in Psychoanalytic Theory, with Special Reference to the Work of Melanie Klein and her Followers. *Psychoanalytic Study of the Child*, 11, 99-121.
- ZILBOORG, G. (1969). *Historia de la Psicología Médica*. Buenos Aires: Psique.
- ZUK, G. H. (1984). *Psicoterapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica. [Original de 1971: *Family Therapy: A triadic-based approach*. Nueva York: Behavioral Publications]
- ZUK, G. H. y BOSZORMENYI-NAGY, I. (1967). *Family therapy and disturbed families*. Palo Alto, CA.: Science and Behavior Books.
- ZWEIG, A. (1931). *Die Heilung durch den Geist*. Leipzig: Inselverlag. [Versión castellana *La curación por el espíritu*. (pp. 263-365). Barcelona: Plaza-Janés, 1964]



Juan del Rosal, 14
28040 MADRID
Tel. Dirección Editorial: 913 987 521