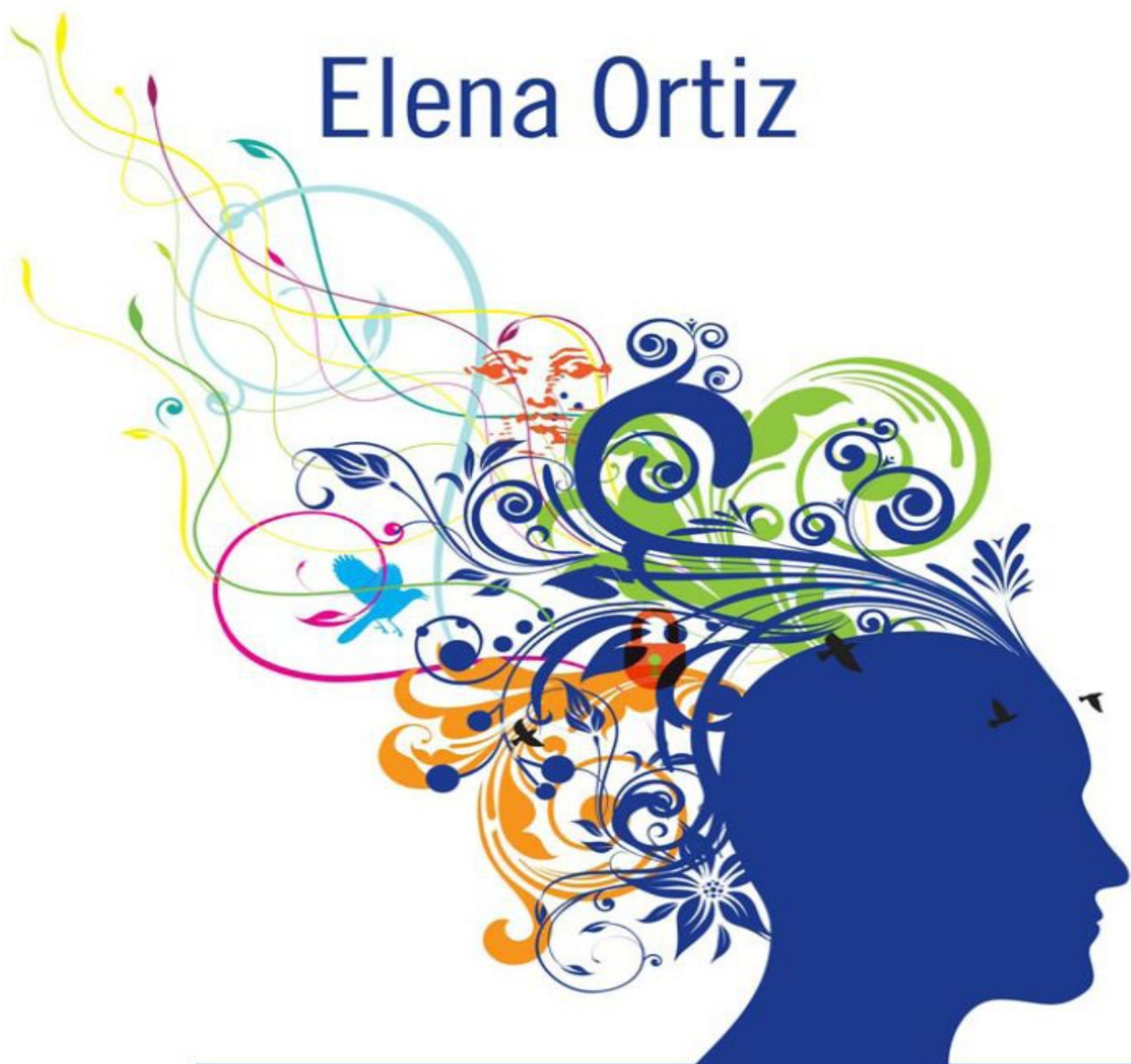


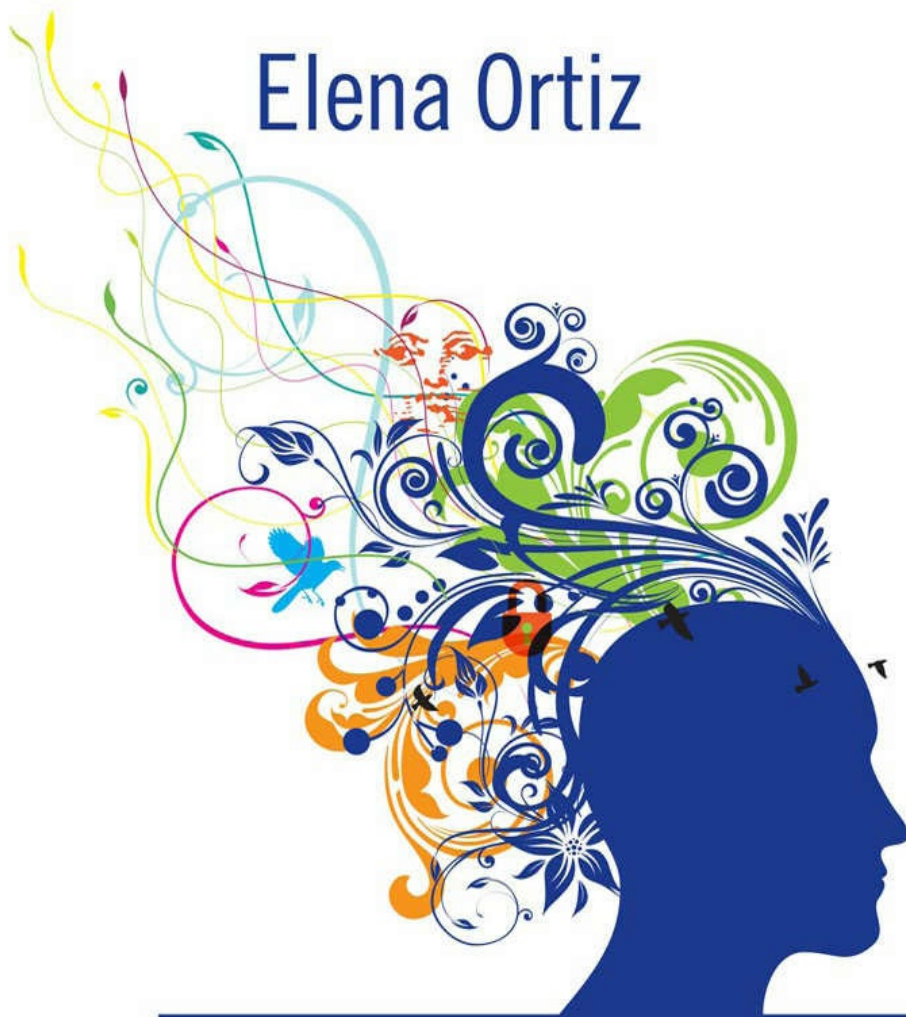
Elena Ortiz



La mente en desarrollo

Reflexiones sobre
clínica psicoanalítica

Elena Ortiz



La mente en desarrollo

Reflexiones sobre
clínica psicoanalítica

 PAIDÓS®

La mente en desarrollo

Reflexiones sobre clínica
psicoanalítica

Elena Ortiz Jiménez

 PAIDÓS

Índice

AGRADECIMIENTOS

PRÓLOGO

INTRODUCCIÓN

LA JERARQUÍA DE LA FANTASÍA

Agresión y angustia

Edipo y superyó temprano

Vida psíquica, realidad y objetos internos

Teoría de las posiciones. Identificación proyectiva

Técnica y cambio psíquico

LA VERDAD, LOS TIEMPOS DEL VÍNCULO Y LA SEXUALIDAD

Wilfred Bion: verdad, intuición e incertidumbre en el progreso emocional

Donald Meltzer: los tiempos del vínculo

La comprensión ampliada del concepto de sexualidad.

Fragmentos de un caso

EL LENGUAJE ESTRUCTURANTE Y EL SUJETO. NOTAS SOBRE LA CURA

El sujeto y el significante

Mecanismos del lenguaje, mecanismos del inconsciente

El sujeto de la enunciación

LA ESCENA ANALÍTICA. EL VÍNCULO Y EL PROGRESO EMOCIONAL

Origen y evolución del concepto de transferencia

Las fronteras de la realidad

Transferencia ampliada, transferencia implícita

Interacción-relación total

Contratransferencia

Encuadre: marco y vínculo

CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS GRAVES

Conflicto psíquico: el primer modelo explicativo del funcionamiento mental

Ambiente y déficit

Eslabones internos y externos en la constitución de las fallas estructurales

LA INTERPRETACIÓN Y LOS RECURSOS EMOCIONALES DEL ANALISTA

Regresión terapéutica y sostenimiento

La empatía, ¿un aspecto de peso o el elemento fundamental?

Puntos de argumentación y discrepancias en la técnica

Propuestas contemporáneas

CAMPOS ESTRUCTURALES

Los campos estructurales y la técnica

La sexualidad en los trastornos graves de la personalidad

Cuerpo, vínculo y mente. Relato de una sesión

DIBUJOS

BIBLIOGRAFÍA

ACERCA DEL AUTOR

CRÉDITOS

*A mis padres
A Juan Ramón, Andrea y Paula*

Agradecimientos

La producción intelectual se gesta gracias a presencias significativas. La transmisión que posibilita un quehacer fecundo se personifica en aquellos más próximos. Por ello mi agradecimiento a quienes son parte de esta empresa:

A Norberto Bleichmar, por compartir con generosidad, humor y sencillez su profundo conocimiento del psicoanálisis y su sensibilidad clínica. También por su confianza y apoyo: fuente de aliento en estos años de trabajo.

Encuentro en Celia Leiberman un modelo de disciplina y compromiso científico estimulante. Le agradezco sus enseñanzas, su respaldo y, en particular, la atenta y constructiva retroalimentación sobre el texto.

Tuve el privilegio de contar con la lúcida interlocución de Jaime del Palacio, quien con dedicación, paciencia y persuasión logró aquilatar este libro.

Conté también con la inteligente revisión de María Isabel Rodríguez, sus cuestionamientos y comprensión psicoanalítica contribuyeron en esta obra.

Reconozco el fruto del trabajo de Graciela Magaril, que participa al inspirar el mío.

Considero una fortuna e impulso encontrar a amigos con quienes compartir la pasión por el psicoanálisis: Yolanda del Valle, Marta Puig, Ana Wiener, Carmen Islas, Solange Matarasso, Gabriel Espíndola, Eva Marcuschamer, Pepe Cohen, Muriel Wolowelski.

Mi gratitud en especial hacia mis compañeros del Centro Eleia, quienes contribuyen a conformar un clima humano e intelectual estimulante: Marcela Barruel, Sara Beteck, Ingela Camba, Gabriela Cardós, Adelaida Corrales, Sara Dweck, Catherine Goetschy, Ma. Luisa Madrigal, Carolina Martínez, Raúl Molina, Jorge Salazar, Bárbara Sánchez-Armas, Victoria Sanjuán, Margarita Szlack, Alma Toledo, Gabriela Turrent, Conrado Zuliani.

Mi interés por las patologías graves del desarrollo y su investigación la debo también a la Asociación Mexicana para el Estudio del Retardo y la Psicosis Infantil (AMERPI); agradezco la apertura y el diálogo que ahí encuentro, en particular a Celia Delgado, Esperanza Pérez de Plá, Ana María Fabre, Mariana Osorio y Juan Litmanovich.

El ejercicio de la enseñanza del psicoanálisis y la psicoterapia fue punto de partida del desarrollo de este texto; las inquietudes de mis alumnos enriquecieron mi estudio, a ellos: gracias.

Por último, deseo mencionar a aquellos que representan tanto el origen como el propósito de este trabajo y son fuente inagotable de interrogantes: mis pacientes.

Prólogo

El psicoanálisis hoy resuena como una vasta composición polifónica que frecuentemente intimida. Todavía continuamos la tarea de asimilar el valioso legado de Freud y sus geniales seguidores. Aprender las concepciones reveladoras de los pioneros y enlazarlas a una clínica con un sentido propio ha tomado más de un siglo y una enorme producción teórica. La pluralidad distingue actualmente a nuestra disciplina. El reto es dialogar, intentar comprender a los alquimistas del psicoanálisis y mantener una actitud de respeto y ecuanimidad: el difícil equilibrio entre la crítica que censura y el fanatismo.

En un complejo y rico tránsito, el psicoanálisis se alejó del modelo médico que proponía la curación de síntomas. Es cierto que los pacientes mejoran de sus síntomas, pero el interés apuntó, ya desde Freud, a la reestructuración de la personalidad global. La idea de que el psicoanálisis es un método de progreso mental creativo se consolidó paulatinamente. La función del trabajo psicoanalítico trasciende el objetivo inicial de hacer consciente lo inconsciente; el desarrollo integral se coloca como el propósito central y la noción de cambio psíquico se amplía.

Este libro tiene como propósito central presentar las reflexiones de distintos pensadores en torno del desarrollo mental. Los términos bajo los que aparece este concepto son variados: cambio psíquico, cura, progreso emocional, evolución o crecimiento mental. Cada modelo teórico lo designa con su propia voz.

El conocimiento de los principios básicos que confluyen en el desarrollo mental es indispensable. De ahí parten la práctica clínica y la técnica. Resulta insostenible hablar de técnica psicoanalítica sin vincularla a los presupuestos de progreso emocional que se encuentran detrás de ella. Las estrategias técnicas están determinadas por lo que el analista entienda como cambio psíquico o cura. A lo largo del presente texto, el lector recorrerá paralelamente nociones sobre el desarrollo emocional, la técnica que de ellas se desprende y la articulación que resulta en la práctica clínica.

Unas palabras acerca de la plataforma sobre la que se gestó *La mente en desarrollo*. Esta obra creció bajo la influencia de Norberto Bleichmar y Celia Lieberman, en el contexto académico del Centro Eleia. Los acentos que frecuentemente aparecen a lo largo del escrito, tales como la pluralidad del pensamiento, el énfasis en la ética, la relación entre las cualidades personales del analista y los resultados clínicos, entre otros, son fruto de la atmósfera y la filosofía del Centro Eleia y sus fundadores. Este espacio, institución dedicada a la enseñanza superior en psicología, psicoterapia y psicoanálisis, ha nutrido y posibilitado la realización del texto. Los temas aquí expuestos nacieron de una serie de talleres que se impartieron a lo largo de un par de años. Para el análisis y la

reflexión del contenido, conté con la erudición y el talento de Norberto Bleichmar. Sus ideas e intuiciones recorren esta obra. La profusión de los casos clínicos expuestos la debo, en gran medida, a los estudiantes y colegas, quienes con sus dudas y comentarios me invitan a replantearme constantemente preguntas propias.

El espíritu con el que el texto se ha escrito, refleja el ambiente científico del Centro Eleia, es decir, el respeto a las ideas y la valoración de la complejidad. La fidelidad en la exposición conceptual procura preservar una tradición y mostrar, simultáneamente, las bondades y dificultades de las diversas ideas. En psicoanálisis, el paciente es el objeto de estudio y las teorías son vértices de observación. Cada analista describe una perspectiva, una verdad clínicamente útil, pero no única. Pensar de este modo permite advertir muchas facetas del paciente y varios sentidos de trabajo. El dilema que se plantea es evitar el eclecticismo y a la vez admitir la verdad insuficiente de cada afirmación y los puntos que pueden ser controvertidos.¹

Esta postura responde al clima epistemológico que, por fortuna, domina en la actualidad.

La ciencia médica de la que Freud proviene, se inclinó a identificar los factores etiológicos en la eclosión de enfermedades y buscó explicaciones lineales que determinaran los fenómenos observables. Durante los inicios del psicoanálisis se planteó un camino similar: indagar la causalidad y las raíces de los trastornos psíquicos.

Desde su origen, sin embargo, el psicoanálisis se encontró en un dilema frente a la rama más estricta del positivismo que repudia el conocimiento que se basa en algo “más allá” de la experiencia y que trasciende lo objetivamente observable. Freud construyó una metapsicología, un cuerpo teórico alejado de las variables observables y comprobables experimentalmente.

Los grandes filósofos, científicos y pensadores del siglo xx —Albert Einstein, Niels Bohr, Erwin Schrödinger, Ludwig Wittgenstein, Karl Popper, Thomas Kuhn, entre otros— señalan que no hay una lógica exacta ni lineal mediante la cual se pueda acceder desde el dato observado hasta la teoría científica. Se admite incluso que las creatividades científica y artística tienen mucho en común, y los criterios de valoración y juicio son diferentes a los de la lógica práctica. Las premisas científicas y leyes empíricas que sirven para probar las diferentes teorías tienen una estabilidad relativa y están sujetas a revisión.

Muchos de los postulados psicoanalíticos colocan a Freud en la misma línea de estos grandes pensadores que revolucionaron el positivismo y proclaman la complejidad alejada de la causalidad objetiva: el inconsciente, regido por las leyes del proceso primario, donde la energía fluye libremente pasando de una representación a otra sin un orden cronológico o temporal; el mundo onírico, rico en sentidos que se cruzan y entrelazan, conformando tramas inagotables; la sobredeterminación del síntoma como una manera de comprender el paralelismo de significaciones que conlleva; la asociación libre como la técnica necesaria para que emerja un mundo del que la razón consciente no puede dar cuenta, y el psicoanálisis mismo, como el método que muestra la presencia de una realidad personal que funciona al margen del consenso objetivo.

Freud se encontraba inmerso en una tradición epistemológica que se esforzaba por

convertir el estudio de la sociedad humana en disciplinas regidas por leyes similares a las del mundo natural; sin embargo, su pensamiento sobrepasa la causalidad y se orienta hacia lo complejo.

La óptica psicoanalítica comprende que la verdad no es relativa y que el nivel de conocimiento o el de una interpretación puede concordar en mayor o menor grado con los fenómenos observados. Sin embargo, cada vez crece más el consenso en torno de entender que las teorías, el analista y los modelos de referencia son elementos que influyen activamente en las construcciones y observaciones que se hacen del fenómeno. El anhelo por los paradigmas universales y absolutos se sustituye por la aspiración de una posición plural, que sepa de sus alcances y limitaciones.

El concepto de *cubismo clínico*, creativa metáfora propuesta por Leiberman, C. y Bleichmar, N. (2001:28), privilegia lo plural. Esta noción propone un paralelismo entre la experiencia psicoanalítica y la estética. Así como Picasso explora distintos planos del objeto en sus pinturas y esculturas, el psicoanalista explora los sueños y el material del paciente dejándose sorprender por la multiplicidad de significados que se generan.

El pensamiento filosófico contemporáneo recorre ideas similares. El acercamiento a la experiencia humana no se puede restringir a un solo punto de referencia, es necesaria una aproximación incluyente; las miradas simplificadoras empobrecen y recortan la riqueza del objeto de estudio. El conocimiento completo es inalcanzable, hay una multitud de dimensiones que lo componen y necesariamente es parcial.

El positivismo estableció una distancia arbitraria entre el sujeto y el objeto, donde el sujeto influía negativamente perjudicando la objetividad; en la complejidad, sujeto y objeto conforman una unidad inseparable, en la que se constituyen mutuamente. El sujeto es coproductor del objeto que se conoce. Objetividad y subjetividad dejan de ser opuestos.

El gran riesgo de la racionalidad es tender al dogmatismo y tener como finalidad adoctrinar. La teoría puede funcionar como un territorio abierto que no se apropia de la verdad, sino que sugiere axiomas refutables. O bien, convertirse en doctrina y dogma, cerrada en sí misma, similar a un delirio en su estructura rígida y obstinada.

En la actualidad, la ciencia se encuentra más preocupada por las grandes interrogantes que por eliminar contradicciones; los huecos en lo conocido, lo incompleto y la incertidumbre se valoran.

Es probable que se esté frente al comienzo de una nueva tradición psicoanalítica donde prevalezca el clima de diálogo. En cierta medida, la actitud emocional del analista está influida por su visión epistémica: la preocupación por la certeza o la causalidad, propia del positivismo, crea en la aproximación al conocimiento y a la clínica una actitud distinta de la generada a partir de la pluralidad y la tolerancia frente a diversas posibilidades de comprensión. En cuanto a la comunidad científica, la primera actitud suscita controversias; la segunda, diálogo. Sin embargo, la actitud epistemológica no lo es todo. El estado mental del analista siempre está presente y dificulta o favorece el intercambio.

Como sea, la disposición hacia lo plural aporta la posibilidad de un mayor entendimiento. El analista encuentra un nivel de verdad en su teoría, sin perder de vista

que es provisorio. Las teorías se toman no como logros de observación permanentes, sino como verdades en evolución.

La sesión psicoanalítica es inasible, se escapa. Los modelos psicoanalíticos son lentes que permiten aprehender fragmentos de un todo complejo que rebasa al observador. El reto es trabajar con una teoría y simultáneamente descubrir lo específico e inédito de la sesión.

El desafío es enriquecerse de las teorías sin perder el asombro ante el material clínico, la posibilidad de invención y la escucha que sorprende (Norberto Bleichmar 2003).

Cabe preguntarse por qué otro libro cuando hay tanto ya escrito. La originalidad en esta disciplina queda acotada a las grandes figuras, el resto de los analistas retomamos los aportes para aplicarlos a la singularidad de la situación clínica. En términos generales, la creatividad de esta tarea estriba más en los modos en que cada analista se apropia de las teorías centrales y la manera personal en que construye su clínica, que en el desarrollo de ideas novedosas. El mérito del presente escrito es el énfasis sobre el ejercicio clínico, el enfoque sobre las estrategias y la práctica.

En psicoanálisis hay una fuerte tendencia a rebautizar conceptos previos: no todo lo que parece original realmente lo es. Se presenta la confusión entre tener un enfoque distinto y desconocer que hay cosas dichas anteriormente con otras palabras. El analista actualmente se ve apremiado a tener un amplio bagaje teórico para discriminar, entre otras cosas, las reflexiones creativas de las que no lo son.

Un último comentario. Existe una brecha entre entender y modificar la mente. Los acercamientos conceptuales pueden ser muy ricos para comprender un fenómeno, el problema radica en cuánta de esa riqueza en esquemas referenciales implica que los cambios en los pacientes realmente ocurran. Esta distancia se hace evidente en los trastornos graves de la personalidad. Por ejemplo, se puede contar con una interesante teoría que explique la génesis de la psicosis o la patología fronteriza y, sin embargo, el analista se encuentra con un obstáculo en la práctica, debido al funcionamiento mental concreto y fracturado del paciente. La clínica demanda cautela: una gran teoría no necesariamente significa un gran cambio.

No existe prueba alguna de que un modelo teórico en particular demuestre tener mejores resultados terapéuticos que otro; evaluar eso en psicoanálisis es complicado porque estamos en una disciplina descriptiva donde la intimidad de la experiencia es frecuentemente intransmisible y los resultados no son cuantificables.

Una variable que sin duda incide en la práctica y en los logros de un tratamiento es la salud mental del psicoanalista. No se puede desarticular al psicoanalista de su personalidad. Hay buenos y malos analistas en todas las escuelas. Los atributos del analista, sus cualidades emocionales y su funcionamiento mental están profundamente comprometidos en la práctica clínica. Un analista paciente, tolerante, honesto, agudo y valiente posiblemente ayudará más a su paciente que otro más erudito pero más narcisista. Son ecuaciones difíciles de valorar.

Éstos son algunos de los problemas que se abordan en este libro. Espero que su lectura contribuya a una reflexión más informada y provechosa sobre ellos.

NOTAS

¹ Idea contenida en *Las perspectivas del psicoanálisis*, de C. Leiberman y N. Bleichmar (2001).

Introducción

*Citar es asumir una tradición,
tomar en cuenta los trabajos previos,
estudiar lo explorado para enfrentarse a lo inexplorado
y así llegar, con suerte, a lo nunca visto.*

Gabriel Zaid

El progreso emocional del paciente es la aspiración del trabajo analítico. Sin embargo, la noción de cambio psíquico varía de autor en autor y de escuela en escuela. La imagen de la mente, su funcionamiento y los mecanismos que la rigen, determinan las modalidades de comprensión sobre la evolución del psiquismo. Los elementos acentuados son distintos y, por lo tanto, los matices en la idea de desarrollo mental se modifican.

La recapitulación de los autores que hago a continuación, dista de agotar las ideas que en el psicoanálisis contemporáneo se proponen en relación con el crecimiento emocional o cura. Se recorren parajes transitados por distintos pensadores en busca de concepciones, con frecuencia tácitas, sobre el progreso emocional. Se pretende aprehender cada idea en sí misma, desde su propia lógica y en su flujo conceptual.

Cuando un psicoanalista trabaja clínicamente, las teorías científicas le sirven de respaldo. Sin embargo, en la soledad del consultorio, su capacidad para convertir las teorías en una práctica enriquecedora dependerá de su talento y experiencia. Hay una diferencia entre saber mucho de una teoría y traducirla en el oficio del psicoanálisis.

El centro del libro lo constituye la clínica. Si bien el cuerpo teórico del psicoanálisis tiene un nivel de abstracción necesario para la construcción de modelos metapsicológicos, el trabajo concreto con el paciente es el vértice de la producción analítica; es por esto que el texto contiene una gran cantidad de viñetas y fragmentos de sesiones que ejemplifican puntualmente las nociones que se exponen.

La elección de los analistas y conceptos presentados en el texto responde a un gusto totalmente personal, a un deseo de compartir ideas particularmente enriquecedoras para la práctica clínica. En términos generales, se puede decir que el ejercicio clínico parte de la incorporación de un par de modelos teóricos fundamentales, con los cuales el analista se ha identificado a través de su propio análisis, su supervisión y el estudio.

Estos ejes de referencia básicos se enriquecen gracias a la diversidad de ideas, tanto opuestas como complementarias, que se encuentran en el mundo psicoanalítico. Si el analista es capaz de tolerar la incertidumbre frente al conocimiento, renuncia al propósito de encontrar verdades absolutas y vence la fascinación narcisista de adherirse a un cuerpo conceptual idealizado; entonces, el mundo psicoanalítico se presenta como un vasto y rico territorio del cual se nutre permanentemente.

El libro se encuentra dividido en siete capítulos. El lector puede tomar cada uno de los apartados independientemente, penetrar en algunos de los conceptos centrales y

observarlos en la clínica; o bien visualizar el conjunto que tiene como referente central las propuestas sobre el cambio psíquico y la técnica resultante de cada planteamiento.

Los tres primeros capítulos, que exponen ideas de Melanie Klein, Wilfred Bion, Donald Meltzer y Jacques Lacan, no pretenden una presentación exhaustiva de la teoría de cada autor, sino tomar líneas específicas de su pensamiento que tienen una relevancia particular en la manera de concebir el desarrollo mental. La finalidad no es la comprensión extensa de la producción conceptual de estos pensadores, sino tomar el eje específico de lo que consideran progreso emocional y cuál sería la técnica que proponen para lograrlo.

El primer capítulo está dedicado a Melanie Klein. Sus nociones sobre el desarrollo psíquico no siempre se pueden percibir claramente en sus escritos porque ella se interesa más en la descripción clínica que en exponer metódicamente sus ideas. Hace profundas observaciones y desarrolla conceptos que se articulan a posteriori. En este apartado, el lector encontrará algunos de los ejes temáticos centrales de su teoría. Gracias a Klein, se comprende que el progreso emocional depende en parte de la manera en que se enfrente la agresión inherente al ser humano. La posibilidad de crecimiento mental estará ligada al tipo de mecanismos que se utilicen y a la fuerza que la gratitud y el amor tengan para enfrentar la hostilidad. Uno de los terrenos más importantes donde se libra esta batalla se da en relación con los objetos parentales: tolerar que éstos se encuentren juntos en un vínculo fecundo implica vencer los celos y la envidia destructiva. El capítulo lleva por nombre “La jerarquía de la fantasía” debido a la importancia fundamental que Klein concede al mundo interno, y muestra cómo se construye una nueva metapsicología — respecto de la freudiana— para la comprensión de la mente.

El segundo capítulo, titulado “La verdad, los tiempos del vínculo y la sexualidad”, retoma algunas ideas de dos de los más sobresalientes seguidores del kleinismo: Wilfred Bion y Donald Meltzer. Ambos, analistas con un pensamiento independiente, creativo, y con aportes valiosos para comprender el crecimiento emocional.

Para Bion, el cambio psíquico se da gracias a la capacidad de la mente para asumir la verdad. La tolerancia de la incertidumbre y el uso de la intuición son ingredientes clínicos fundamentales para acceder a la realidad psíquica. Meltzer, por su parte, subraya que el progreso emocional se da dentro de los altibajos que ocurren en el propio vínculo analítico. El paso de la identificación proyectiva a la introyectiva implica un alejamiento de la organización narcisista, movimiento indispensable para el desarrollo mental.

El tercer capítulo, “El lenguaje estructurante y el sujeto. Notas sobre la cura”, pretende mostrar una línea conceptual que corre y se transforma a lo largo del pensamiento de Jacques Lacan: su idea de cambio psíquico. El término *notas* que aparece en el título, acentúa el hecho de que se está tomando una muy pequeña parcela de la vasta obra de este teórico del psicoanálisis. Puede resultar extraña la presencia de Lacan en un libro que desarrolla ideas opuestas al modelo general de la mente que propone.¹ Sin embargo, considero que hay aportes clínicos que pueden enriquecer a cualquier analista, independientemente de la escuela a la que pertenezca.

El refinamiento que Lacan propone en la escucha al paciente se desprende de su

concepto de *cura*. Los significantes dominan la identidad y aparecen en el discurso: son susceptibles de ser aprehendidos por el analista y puntuados por éste. También, el análisis representa el espacio donde el sujeto aprende a leer los mecanismos que articulan a los significantes.

Tanto Lacan como Klein son figuras centrales en el psicoanálisis, motivaron la formación de escuelas y tienen un lugar prioritario en la historia analítica. Mantener viva la tradición y reflexionar sobre los aportes de grandes psicoanalistas como ellos, es uno de los propósitos al incluirlos en el texto.

El cuarto capítulo aborda uno de los grandes legados de Freud: la transferencia. En este apartado, titulado “La escena analítica. El vínculo y el progreso emocional”, se explica por qué el *vínculo* es el fundamento del desarrollo mental y se exploran las controversias surgidas alrededor de este concepto y de nociones como *contratransferencia*, *interacción analítica* y *encuadre*.

La transferencia y la contratransferencia son instrumentos técnicos privilegiados porque es a partir de la resonancia emocional del analista como se puede conocer la realidad psíquica del paciente y reeditar una modalidad distinta de relación. Para que el vínculo pueda ser el sitio de exploración y comprensión de la mente, se requiere un espacio que lo salvaguarde y sostenga; ésa es una de las funciones centrales del encuadre. Otra es contener a los aspectos más arcaicos del psiquismo.

“Clínica de los trastornos graves” es el título del quinto capítulo. Los “trastornos graves” de la personalidad impactan en la manera de concebir la psicopatología y la técnica. Son el resultado de nuevas perspectivas teóricas que permiten observar problemas y dimensiones de la psique que no se contemplaban. Anteriormente, las teorías psicoanalíticas estaban enfocadas en develar y traducir los sentidos mentales detrás de las dificultades, inhibiciones o trastornos del carácter. El conflicto psíquico era el eje de comprensión básico de estos problemas. Estudios recientes se adentran en la investigación de otras áreas de la personalidad. Se establece, entre otras, la diferencia entre producciones mentales simbólicas y significativas, y aquellas que no lo son, en las que no se juega un elemento conflictivo. El progreso emocional, en un paciente que presenta incapacidad para construir significados mentales y afectivos, toma una connotación distinta que en pacientes en los que prevalece el conflicto tradicionalmente entendido. Esto conlleva consecuencias clínicas importantes: la técnica se tiene que adaptar para incluir estos campos mentales.

En el sexto capítulo, “La interpretación y los recursos emocionales del analista”, se recorren las propuestas de varios analistas preocupados por el refinamiento técnico. A partir de comprender ciertos fenómenos del funcionamiento mental, presentes en los trastornos graves del carácter, se han desarrollado propuestas clínicas específicas tales como suspender la interpretación que tenga por finalidad el desciframiento de los contenidos simbólicos, apoyar al paciente en el trabajo de discriminar sus afectos y pensamientos, utilizar la capacidad imaginativa del analista y su facultad simbólica para construir sentidos donde no los hay, entre otros. En este apartado se muestran las condiciones necesarias en la técnica psicoanalítica para promover el desarrollo mental de

áreas de la personalidad donde la interpretación clásica se ve limitada.

El último capítulo, “Campos estructurales”, surge como consecuencia de comprender que una persona presenta en su personalidad diferentes niveles mentales de ansiedades, mecanismos y fantasías. Si bien las angustias arcaicas y déficits del pensamiento predominan en las patologías severas, no son privativos de éstas. Una estructura predominantemente neurótica también puede presentar funcionamientos mentales primitivos. Asimismo, los pacientes con trastornos graves también manifiestan áreas donde aparecen conflictos simbólicamente más elaborados.

La idea de “campos” se aleja de las clasificaciones diagnósticas, ya que éstas, en ocasiones, obstruyen la flexibilidad emocional e intelectual que el analista requiere para observar las fluctuaciones mentales de su paciente. El desarrollo psíquico depende en gran medida de la capacidad que el analista tenga para detectar, discriminar e intervenir sobre el campo específico que su paciente esté manifestando en un momento determinado.

No pretendo contribuir a complicar aún más la torre de Babel a la que el psicoanálisis tiende; el término *campo* se puede sustituir por cualquier otra expresión tal como *área*, *nivel*, *plano*, etc. Lo importante es estar al tanto de que cada campo requiere matices técnicos específicos; la habilidad clínica del analista se enriquece cuando se puede distinguir con precisión el campo que el paciente presenta y la forma en que conviene proceder para abordarlo.

Este libro busca llegar a distintos tipos de lectores: por una parte, a quienes inician el conocimiento del psicoanálisis y su ejercicio clínico y, por otra, al colega entrenado e interesado en las polémicas psicoanalíticas de la actualidad. Los primeros se pueden apoyar en las recapitulaciones presentes al final de cada capítulo, éstas les permitirán no perder de vista los conceptos principales y el hilo conductor del texto. Al segundo lo invito a penetrar en las discusiones teóricas y técnicas que acompañan la exposición de ideas centrales ya conocidas.

NOTAS

¹ Básicamente, me refiero a los puntos de vista que toman en cuenta el afecto; autores que se centran en el estudio de etapas prelingüísticas; ideas que parten del estudio de los periodos tempranos del desarrollo; enfoques que tienen como eje el vínculo, incluyendo las nociones de transferencia-contratransferencia; en fin, modalidades de comprensión del funcionamiento mental que serían opuestas a la teoría global que Lacan propone.

La jerarquía de la fantasía

*No has despertado a la vigilia,
sino a un sueño anterior:
Ese sueño está dentro de otro,
y así hasta lo infinito...*

Jorge Luis Borges

A Melanie Klein indudablemente se le puede caracterizar como a una de las grandes clínicas del psicoanálisis, una analista incansable que trabajó y escribió hasta los últimos años de su vida. *Envidia y gratitud*, un sorprendente texto que reelabora parte importante de sus ideas, fue escrito solo tres años antes de su muerte, acaecida a los setenta y ocho años.

Melanie Reizes nació en Viena en marzo de 1882, pertenecía a una sencilla familia judía. Su infancia fue golpeada por la muerte de su hermana más próxima en edad y en su juventud temprana falleció su único hermano, con quien mantenía un estrecho vínculo. En 1899 se compromete con Arthur Klein; por esa época abandonó su idea de dedicarse a la medicina. Klein no contaba con un gran bagaje cultural, sus estudios concluyeron con el *gymnasium*, la formación básica previa a una carrera universitaria; sin embargo, esto no fue un obstáculo para su desarrollo como analista. Su contacto con el psicoanálisis comenzó gracias a su análisis con Ferenzci; se interesó profundamente por los textos de Freud sobre los sueños y en 1918 asistió al V Congreso Psicoanalítico Internacional, donde se fortalece su interés hacia la disciplina.

Sus textos comprenden 40 años de rica producción. Sus descubrimientos clínicos la guían lúcidamente. La base de su desarrollo siempre fue el consultorio, el contenido psíquico encontrado en el trabajo con sus pacientes y en el vínculo.

Las experiencias psíquicas que Klein estudia están muy alejadas del pensamiento consciente y verbal; fue una estudiosa perspicaz de los procesos mentales primitivos y los fenómenos que aborda son poco asequibles intelectualmente, lo cual dificulta su transmisión. Si a eso se añade una escritura que desestima la forma, podemos entender las dificultades que se deben enfrentar en su estudio. El esfuerzo que requiere su comprensión, sin embargo, siempre fructificará en enriquecimiento.

Cuatro líneas conceptuales ayudan a comprender cómo se articula el cambio psíquico para Klein y cuáles son los matices que propone:

1. Agresión-angustia. Para Klein, la angustia es producto de la agresión inherente al ser humano. Hay mecanismos más o menos patológicos que se desarrollan frente a la hostilidad constitutiva de la mente. El psicoanálisis no puede suprimir el odio, pero sí modificar los mecanismos que entorpecen el progreso emocional.
2. Edipo y superyó temprano. Klein encuentra fantasías edípicas pregenitales cargadas

de sadismo. El superyó es un objeto que provoca culpa y es el responsable de las ansiedades tempranas más terroríficas. Uno de los elementos que pueden frenar el desarrollo mental es la culpa proveniente de estas estructuras.

3. Vida psíquica, realidad y objetos internos. Para Klein la mente es un mundo interno poblado de objetos concretos que tienen intenciones y un tipo de relación particular entre ellos y con el yo. Los conflictos y estados emocionales son producto de las redes vinculares que se desarrollan en ese mundo.
4. Teoría de las posiciones. Identificación proyectiva. La teoría de las posiciones es tal vez el ordenamiento teórico más completo que Klein hace de la mente. En cada posición predomina una ansiedad particular, ciertos mecanismos específicos y un tipo de relación de objeto. La identificación proyectiva es uno de los grandes descubrimientos kleinianos, vinculado con la posición esquizo-paranoide; el predominio de ésta es la base de muchos procesos patológicos. La posición depresiva se caracteriza por la preocupación amorosa y reparatoria hacia los objetos internos y externos, elemento indispensable para el desarrollo emocional. La teoría de las posiciones aporta una visión de la psicopatología desligada de la nosología psiquiátrica y basada en criterios metapsicológicos.

El título del capítulo: “La jerarquía de la fantasía”, alude a que, tanto para Klein como para los poskleinianos, la fantasía es la plataforma de todo proceso y actividad mental. Todo afecto, vivencia corporal, relación objetal o mecanismo tiene su correlato en la fantasía y se sostiene por ésta. La agresión vinculada con la oralidad, por ejemplo, se condensará en una fantasía, ya sea de ataque voraz al objeto o de terror a ser devorado por el mismo. La unión de los padres, que produce celos y deseos destructivos, constituye la fantasía de figura parental combinada. La introyección de aspectos nuevos en el yo se sostiene en la fantasía de incorporación.

Para esta escuela la fantasía es un territorio concreto, discernible, específico, perenne y dinámico. Los estados mentales —patológicos o saludables y creativos— dependen de la estructura de las fantasías. Por ejemplo, el mecanismo de la identificación proyectiva: la fantasía de expulsar aspectos yoicos para controlar al objeto tendrá como consecuencia la despersonalización o sentimientos claustrofóbicos. La fantasía es tan real como la realidad misma y es el objeto central de estudio en el análisis.

Agresión y angustia

Puesto que la agresión es constitutiva de la mente, el vínculo con los objetos está teñido de ambivalencia. Las relaciones son, desde un inicio, campos de expresión afectiva polarizada: el odio y el amor son emociones en pugna que parten del interior del individuo. Un interés central en esta teoría es estudiar lo agresivo no solo a partir del efecto traumático recibido desde lo externo. Hay posturas opuestas en las que la hostilidad se comprende como el resultado de frustraciones ambientales, pero para Klein lo agresivo es pulsional, endógeno, es decir, parte de una fuente interna. Por ejemplo, los fenómenos de violencia y deseos destructivos expresados en el juego de los niños no se

toman como situaciones provocadas por la realidad externa, sino que parten de emociones intrínsecas al individuo.

El caso de Richard ilustra la jerarquía que Klein le otorga a la agresión como un componente del psiquismo. Durante la segunda guerra mundial, Klein atendió al pequeño de diez años de edad cuando ambos se encontraban en Londres debido a la evacuación por los bombardeos. Los síntomas de Richard (temor a los niños e imposibilidad de salir solo) se habían acentuado desde el comienzo de los conflictos bélicos. La atmósfera cotidiana era de tensión: continuamente se hablaba de los combates, riesgos y avances de la guerra. Sin embargo, ella no atribuía las ansiedades de Richard a la lucha sangrienta entre países, sino a la beligerancia que tenía lugar dentro de su mente. Las batallas, con los protagonistas centrales de las mismas, eran el escenario donde Richard proyectaba su realidad interna.

Klein postuló que la realidad externa se percibe desde la interna. Un ejemplo actual de esta idea sería pensar que la ciudad de México es peligrosa y complicada, pero también puede convertirse en una pantalla para la propia hostilidad.

Una paciente menciona que durante las noches suele imaginar qué pasaría si su marido fuera víctima de un asalto, secuestro o, incluso, de un asesinato. Detrás de estos pensamientos que parecen *lógicos*, dada la peligrosidad real que existe en las calles, se esconden aspectos hostiles. Al indagar un poco, se observa una coincidencia entre la espera al marido y sus ocurrencias sobre lo que puede sucederle. Su actitud en la espera es la de una esposa comprensiva que entiende y tolera la tardanza de su esposo por los muchos compromisos que él tiene que atender. Sin embargo, el contenido de sus fantasías habla del enojo que le provoca quedar relegada y expectante. Cuando estos elementos son abordados en el tratamiento surgen sueños en los que ella aparece claramente excluida y rabiosa frente a figuras afectivamente centrales como la madre, el marido y yo.

La teoría kleiniana ayuda a pensar clínicamente en los aspectos internos que se encuentran presentes en el material de los pacientes. Por ejemplo, una niña de 11 años piensa que el acto sexual es una violación. A la luz de esta perspectiva, no es posible suponer que esto solo es producto de la violencia en la televisión, o resultado directo o exclusivo de la psicopatología de los padres. Si bien hay aspectos familiares y sociales que deben ser tomados en cuenta, se comprende que las construcciones mentales no proceden de causas simples y concretas.

La fantasía no es efímera, produce estados mentales concretos tan intensos como las conductas externas. Los ataques fantaseados al objeto generan una ansiedad persecutoria. El odio y la agresión producen ansiedades paranoides por los temores de retaliación. Mi paciente preocupada por el destino de su marido realmente sufría por sus ideas; después de un tiempo de espera se sentía profundamente alarmada y perturbada. No experimentaba conscientemente la hostilidad hacia el esposo, sino la angustia paranoide resultante de ésta: lo terrorífico que sería para ella que algo le sucediera a él. Las escenas mentales agresivas no son consecuencia de la realidad, sino de intenciones personales muchas veces inconscientes que tienen consecuencias directas sobre el estado emocional.

La angustia más profunda se vincula con la intención infantil de penetrar el cuerpo de la madre, escenario central de la fantasía, y atacarlo sádicamente.

Una paciente tiene un conflicto con su hermana a partir de que ésta queda embarazada. Ella no puede tener hijos y el tema le resulta particularmente doloroso. En las sesiones enfatiza que el motivo del pleito no está relacionado con la gravidez de la hermana. En las semanas posteriores al altercado, manifiesta sentirse deprimida, cansada y con miedo de enfermar, lo cual no tiene relación con su vida cotidiana, donde las cosas marchan particularmente bien, tanto en su estado de salud como en sus quehaceres.

En una ocasión, llega impactada por algo que *no entiende cómo pudo hacer*. Compró unos pececillos para dárselos como alimento a su mascota; como el animal no los quiso, *los tiró vivos por el caño y después le echó cloro a la tubería*. Lo cuenta con gran angustia y sintiendo que fue algo detestable y cruel.

Es interesante pensar que el destino de los pececillos como comida de mascota tampoco hubiera sido muy grato, pero este acto escenificó para mi paciente una fantasía destructiva y violenta que habitaba previamente en ella, invadiéndola de abatimiento y desánimo. Los peces representaban a los bebés atacados dentro del cuerpo materno, arrojados por el ano (cañería) e intoxicados con sustancias venenosas (cloro). La paciente misma señaló por primera vez la relación entre el episodio y su enojo por el embarazo de la hermana. El temor a enfermar y su estado depresivo son, en gran medida, consecuencias concretas y persecutorias de las fantasías destructivas albergadas e intensificadas por los celos y la envidia hacia el estado de su hermana.

Las situaciones de ansiedad, resultantes de los ataques sádicos hechos por niños de ambos sexos contra el interior del cuerpo de la madre, pertenecen a dos categorías. En la primera, el cuerpo de la madre se convierte en un lugar lleno de peligros que originan toda clase de terrores; en la segunda, el propio interior del niño se transforma en un lugar de esa clase, en virtud de la introyección que el niño hace de sus objetos peligrosos (Klein, 1932:251).

El deseo de apropiarse de un espacio-objeto que se idealiza y desea se acompaña de una cantidad intensa de agresión. En esta teoría, la curiosidad sexual se mezcla con el sadismo, el impulso epistemofílico apunta a invadir posesiva y destructivamente al objeto que se quiere dominar.

Otro de los casos que ilustran las consecuencias de la hostilidad fue el de Dick. En este niño, Klein observa una detención simbólica y del lenguaje producto de una inhibición del sadismo; uno de los síntomas más evidentes era la oposición de Dick a masticar el alimento, lo que revelaba un retraimiento frente al sadismo oral. La ansiedad que despiertan los ataques fantaseados constituía el motivo principal de su detención emocional y mental (Klein, 1930). En otras palabras, para Dick era mejor frenar su conocimiento del objeto, del mundo y de su pensamiento, antes que sentir que al aproximarse al objeto lo atacaba. Este tratamiento fue fundamental para comprender el vínculo tan estrecho que hay entre agresión, angustia y pensamiento. El conocimiento de los objetos no está desligado de los afectos; los deseos posesivos y sádicos hacia el objeto acompañan el proceso de conocer. Cuando las emociones se viven como omnipotentemente destructivas, se corre el riesgo de detenerlas e inhibir, paralelamente, tanto el surgimiento de la ansiedad como el conocimiento mismo.

Así pues, la angustia persecutoria que surge del sadismo es una de las causas que frena el pensamiento. Sin embargo, al explicar la *fase femenina*,¹ Klein (1928) también propone que la ansiedad paranoide por haber dañado el pecho es lo que motiva a buscar el pene como un objeto sustituto que proteja de la madre vengativa. La búsqueda de

nuevos objetos, estimulada por la angustia persecutoria, desencadena un movimiento esencial en el desarrollo psíquico: la fractura de la relación cristalizada y concreta con la madre. Esto inaugura la formación de símbolos, pues se descubre un objeto que está en lugar de otro.² La meta analítica tampoco consiste en abolir del todo la ansiedad, ya que ésta también actúa como acicate para el desarrollo mental.

Hemos visto que la libido, el superyó y la relación de objeto actúan juntos en su desarrollo, y que los impulsos libidinales y destructivos, además de estar fundidos unos con otros, ejercen una acción recíproca el uno hacia el otro; también, que cuando surge la ansiedad como resultado del sadismo, las exigencias de aquellos dos grupos de impulsos aumentan. “Mientras que una cierta cantidad de ansiedad en el niño aumenta su necesidad de amor y forma su capacidad para amar, el exceso de ansiedad tiene un efecto paralizante sobre ambos” (Klein, 1932:287).

Cuando el lector reconoce el peso brutal que la agresión tiene en la teoría, junto con el carácter inherente que se le asigna, corre el riesgo de abatirse o sentirse clínicamente inhibido. Sin embargo, si bien Klein reconoce valiente y francamente los intensos avatares con los que se encuentra la clínica, nunca se le ve desmoralizada ante éstos; por el contrario: de aquellos problemas extrae la materia necesaria para sus propuestas terapéuticas. Así como la ansiedad presenta dos posibles giros hacia el desarrollo o la detención del pensamiento, también la interpretación de los estados de angustia y destrucción posibilitan una vía de alivio y de creación de mecanismos menos patológicos.

La agresión no se elimina, pero las defensas rígidas y severas erigidas contra ésta se atenúan. La escisión, mecanismo prototípico de la posición esquizo-paranoide, cede su lugar a la reparación e integración; las relaciones de objeto disminuyen su carácter narcisista, adquiriendo un sentido más realista, y las ecuaciones simbólicas abren paso a la formación de símbolos.

Dos de los elementos básicos que aparecen en la obra de Klein desde sus comienzos son:

1. La relevancia que tiene intervenir en los aspectos agresivos. En la clínica, esto se observa claramente en el énfasis puesto en la interpretación de la transferencia negativa tan pronto como ésta aparece.
2. La permanente oscilación entre los aspectos amorosos y destructivos dentro de la mente. La posibilidad de acercarse a un estado emocional más saludable depende de la predominancia de los elementos reparatorios. Se trata de un tema relevante para campos como la religión, la moral o la ética: la lucha entre el bien y el mal, el amor y el odio, o, en este ámbito, la salud y la patología.

La idea kleiniana de la importancia de la agresión en el desarrollo psíquico alcanza su punto culminante con el concepto de *envidia* (Klein, 1957). El título elegido para sus últimas publicaciones articula el conflicto que considera central dentro de la mente: *Envidia y gratitud*, fuerzas mentales que libran una batalla permanente. El predominio de una sobre la otra determinará la modalidad de funcionamiento que prevalecerá en el psiquismo.

La envidia es la destrucción de lo bueno por la intolerancia hacia los atributos que el objeto posee; es la imposibilidad de recibir, debido al odio que generan las cualidades que no se tienen y se necesitan.³ La agresión se intensifica frente al contacto con los aspectos buenos que el objeto ofrece. La idea misma impacta: arremete contra el *sentido común*, puesto que se esperaría que la persona quede satisfecha por lo bueno otorgado. El concepto de envidia termina con la mirada ingenua que el analista tiene sobre los pacientes y sobre sí mismo. Esta perspectiva ayuda a comprender algunos fenómenos clínicos y humanos complejos, por ejemplo, la enorme dificultad clínica que representa el trabajo con las adicciones, la cual se relaciona con el problema del dolor en la desintoxicación, con el odio, la destrucción y autodestrucción características de estas patologías. De la misma manera ocurre con el sometimiento masoquista de la mujer golpeada y la concomitante tortura a la que el analista es expuesto en la transferencia al atestiguar el maltrato.

Para ilustrar estas ideas, referiré brevemente el caso de una mujer madura, madre de dos hijos y con una relación de pareja distante. Su relato está impregnado de conflictos en sus vínculos familiares y es evidente la intensa dificultad que tiene para aceptar y enriquecerse con lo que otros le ofrecen. Por ejemplo, cuando el marido le regala un carro, ella decide no usarlo mientras varios de sus hermanos carezcan de automóvil. Episodios similares ocurren frecuentemente: ante la posibilidad de cambiarse a una casa más cómoda y bonita que el esposo desea adquirir, la mujer rechaza la oferta porque piensa que no tiene valor si ella no paga con su trabajo parte del costo de la vivienda.

Uno de los temas recurrentes es el vínculo con su madre, quien es diabética. Me explica que el doctor le prescribió a su mamá que no permanezca de pie mucho tiempo; por ello, los hijos le regalaron una lavadora automática. Sin embargo, la madre no la utiliza y pasa largas horas parada lavando. En una sesión me dice que su mamá tiene severos problemas de irrigación en un pie y es probable que se lo amputen, necesita someterse a curaciones para evitarlo y la paciente decide acompañarla. Al llegar al consultorio, la madre le pide que espere afuera, ya que cuando sus hermanos van, prefieren no entrar porque la intervención médica resulta impactante. La paciente decide entrar: *yo quería estar con ella y entonces la abracé, y me coloqué a su lado*. Cuando el médico termina, ella siente náuseas, y al día siguiente presenta una crisis de hipertensión.

Este ejemplo puede abordarse desde varias líneas de pensamiento. Mencionaré solo algunas:

1. El fenómeno de identificación en un deseo masoquista que toma tintes sádicos cuando se vierte a la transferencia. La paciente parece repetir fielmente la historia de la madre que rechaza de forma pasiva la lavadora para sostener una actividad que la destruye.
2. El trato sádico hacia los objetos externos y el yo. Lo que se le hace al objeto se le hace también al yo.
3. El conflicto de rivalidad y competencia con los hermanos que la lleva a colocarse como *la mejor hija*, la que sí acompaña a la madre dentro del consultorio. Este problema también aparece al rechazar el coche; la solidaridad aparente encubre el temor proyectivo de ser atacada por los *hermanitos celosos*, debido a que ella *posee el objeto valioso*. En este punto, se puede observar también la fantasía posesiva del objeto y el temor vengativo que, sumado a la envidia, le impide beneficiarse de algo bueno.

4. La envidia matiza permanentemente las relaciones. El rechazo a la lavadora no solo se ve como un acto de la madre, sino que representa a un objeto interno que repudia activamente lo que otros dan. Rehusar la casa o el coche tiene ese mismo sentido.

Uno de los aspectos más complicados en el tratamiento de esta paciente es pensar cómo podrá aguantar beneficiarse de las interpretaciones y el vínculo analítico. La envidia, según apunta Klein, es el elemento que entra en juego en la *reacción terapéutica negativa* y, en algunos casos, en el abandono del proceso de análisis.

Edipo y superyó temprano

Klein sostiene que en etapas tempranas de la existencia hay una intensa vida mental, un mundo arcaico poblado de objetos con intenciones destructivas y amorosas, con interacciones que generan ansiedades y fantasías. En un primer momento, bajo la influencia del pensamiento de Freud, se adhiere a las nociones de *yo* y *superyó*: el espacio psíquico se presenta poblado por las instancias de la segunda tópica freudiana. Sin embargo, paulatinamente abandona el apego a estos términos, y en un ejercicio de pensamiento libre y creativo desarrolla su teoría de las posiciones.

En Freud, los complejos de Edipo y de castración tienen lugar dentro de la lógica fálica de la organización genital y se dan en relación con objetos totales. Para Klein, el Edipo aparece precozmente en el desarrollo; se ubica ya desde las fases pregenitales y está en referencia a objetos parciales. La escena primaria es arcaica, las características de cada uno de los miembros de la pareja no están claramente diferenciadas y las fantasías alrededor de ésta se hallan teñidas de celos y envidia; la sagacidad kleiniana reconoce la presencia de esta imagen en juegos infantiles o sueños, y la denomina *figura parental combinada*.

La penetrante mirada kleiniana anima a encontrar en la clínica —incluso de pacientes neuróticos— la presencia de elementos mentales primitivos. La *figura parental combinada* evoca emociones intensas y dramáticas; los celos que esta imagen suscita son agudos y violentos, tanto como lo es su corolario: la ansiedad persecutoria. Para ejemplificar este punto relataré el sueño de una paciente:

Veo un restaurante lleno de gente que come y come; hay un personaje extraño que es el que prepara la comida. Es una especie de hombre pero que tiene senos; no estoy segura de qué sexo es, porque es fuerte, pero con senos. Yo estoy detrás de la ventana y alguien me dice que está excelente, que la comida es deliciosa, pero que solo son atendidos aquellos comensales que tengan los ojos miopes.

Se puede decir que hay una *escena primaria oral* frente a la cual se siente excluida. Los comensales disfrutan de un festín deseable, preparado por una *figura combinada*, y ella queda fuera. Los afectos que se despiertan frente a esta escena son los celos, el deseo de penetrar, la admiración y envidia simultáneas hacia la creatividad de esta *poderosa pareja* que prepara excelentes alimentos. La miopía parece representar lo opuesto a mirar con detalle, alude al deseo de meterse con la mirada a observar

escoptofílicamente lo que sucede en la escena donde tiene lugar el banquete, escenario que para Klein representa el cuerpo de la madre.

Este sueño aparece en un momento próximo a las vacaciones; es probable que la separación se experimente como una *privación oral*. La paciente es como un bebé hambriento y supone que el analista la deja para ir a preparar *comida deliciosa* a otros hermanitos: *gente que come y come*.

Esto coincide con el momento del proceso psicoanalítico por el que atraviesa: ella está en una etapa media del análisis donde existe una relación de dependencia que se expresa en este tipo de sueños. Los rasgos de *pareja combinada* parecen proyectarse en el analista por dos motivos:

1. Por el momento de privación que significan las vacaciones y que reproduce en la fantasía el estado de celos, exclusión y envidia arcaica.
2. Por la entrada de un elemento paterno en la transferencia. La paciente llega por un problema agorafóbico, mantuvo un vínculo amalgamado con la madre y a sus 32 años era incapaz de establecer una relación de pareja. Transferencialmente, otorga al analista la función masculina de separarla de su amalgamamiento con la madre.

Para que el Edipo se resuelva adecuadamente tienen que predominar las fantasías genitales. La posibilidad de la heterosexualidad depende de la integración de fantasías agresivas y libidinales, así como del predominio genital. Hacia el final de su obra, Klein integra las concepciones de Edipo temprano con la posición depresiva: se requiere la capacidad de tolerar que los padres estén reunidos creativamente, y soportar los celos y la envidia que esto produce. Es necesario que la preocupación reparatoria por los ataques contra la pareja triunfe sobre los celos y la envidia.

El progreso emocional de la paciente en el ejemplo dependerá de que pueda dejar que la analista se vaya de vacaciones, resistir que atienda a otros, permitir que entre en escena una figura masculina que haga la función de protector y pareja, y que transforme la cualidad posesiva del vínculo con la madre. Esto se desarrolla en el plano interno de su mente, donde la condición de las relaciones de objeto se modifica. En la medida en que ella analice, por ejemplo, su voracidad y sus aspectos narcisistas infantiles de *hija única*, será capaz de construir dentro de su mente un objeto-padre que la frene en sus demandas caprichosas y un objeto-madre que la alimente.

El análisis de los celos y la intrusión, en el mejor de los casos, le permitirá consentir que la pareja interna de su mente funcione sin la mirada controladora de la *niña que tiene que estar presente permanentemente*, lo cual refuerza la pareja interna creativa. Los cambios en su vida externa serán consecuencia del reacomodo interno de los objetos; la modificación en la fantasía y en el libreto consecuentemente acarrea transformaciones estructurales.

Otra de las figuras centrales en la producción de angustia arcaica es el superyó temprano. Klein observa que en el juego de niños muy pequeños aparecen ansiedades agudas; esto le lleva a pensar en la existencia de un objeto cruel y crítico, que genera culpa paranoide. La severidad del superyó proviene del proceso de proyección-

introyección de los impulsos sádicos. Si bien el énfasis teórico se coloca en los aspectos persecutorios de este objeto, Klein también reconoce que el superyó contiene aspectos benevolentes y protectores.

Los personajes de cuentos de hadas tienen muchos de los rasgos superyoicos, tanto persecutorios como mágicos —benevolentes—; por ejemplo, las brujas que les dicen a los niños: *eres malo y te voy a comer*, o el hada que viene a salvarlos de la madrastra malvada.

Cuando una niña regaña brutalmente a su analista: *niña mala, todo lo haces mal, tiraste tus juguetes*, la sitúa en el lugar de niña perseguida, mientras que la paciente desempeña el papel de superyó terrorífico.

Para ilustrar estas ideas presentaré un fragmento de una paciente de seis años de edad que acude a consulta por presentar una fobia escolar y problemas de socialización.⁴

Sandra es hija única, tiene una intensa rivalidad con su prima, rechaza convivir con otros niños, suele ser dominante y severa con la familia, tiene sobrepeso, y es sumamente exigente consigo misma en sus trabajos: si considera que alguno le sale mal lo tira y comienza de nuevo. Demanda dormir con los padres y, por motivos de *comodidad*, la madre pasa la noche en la cama con la niña, mientras el padre se va a otra cama; si la mamá intenta irse, la niña llora inconsolablemente.

La mayoría de las sesiones tiene una dinámica semejante: Sandra le asigna a la analista roles en los que la humilla, la ignora o le induce celos. Una ocasión propone un juego donde la terapeuta es la niña y ella ocupa el papel de la mamá, el papá y otra nena. La familia, personificada por Sandra, es dueña de la magia y le muestra a la niña-analista que no puede hacer magia como ellos. Los padres y la hija se dicen secretos; Sandra le pide a la analista que pregunte por éstos y demande conocerlos. Cuando la terapeuta representa su rol se le niega rotundamente compartir aquello oculto que es tan valorado. Después los papás se besan, la nena-analista tiene que enojarse y mostrarse en desacuerdo. La familia come y disfruta de una sabrosa comida, mientras la terapeuta tiene que observar y aparecer hambrienta. El grupo conformado por Sandra decide ir a comprar un árbol de Navidad. Como el coche es pequeño, con magia agrandan el auto y el árbol cabe.

Esta secuencia lúdica, muy parecida a otras, muestra algunas de las ansiedades y conflictos más intensos en Sandra:

- La intrusión y posesividad manifestadas hacia la pareja parental. Aparece una adhesión voraz respecto de los intereses, tiempos y actividades que los padres tienen; la niña no puede separarse ni un instante de ellos.
- El control obsesivo, aunado a lo anterior, que revela un intenso temor de ser excluida de la escena primaria por celos. En tanto ella permanezca permanentemente en guardia y presente, entre los padres no pasará nada que la relegue.
- La figuración de la escena primaria vivida como un encuentro particularmente oral: el alimento y los besos solo le corresponden a ella.
- El control e invasión por medio de la mirada como otro mecanismo para meterse de forma intrusiva entre los padres. Esto se vincula proyectivamente al lugar escotofílico en el que seguido coloca a la analista.
- La escisión entre personajes omnipotentes que lo tienen todo y los que son *arrojados* del paraíso idealizado de la escena primaria.
- La personificación lograda gracias a la proyección y disociación, donde la terapeuta

puede ser todo aquello que Sandra desea evacuar. Por una parte, esto permite crear el espacio lúdico; por otra, se observa la identificación proyectiva que la niña tiene sobre la analista al despojarse y desconocer afectos intolerables.

- La magia y los secretos como el gran tesoro que albergan los padres; en última instancia, la posibilidad de concebir bebés, la capacidad creativa y fecunda de la pareja parental que vuelve loca de celos a la nena-analista.
- El carácter frustrante y cruel con el que Sandra impone a la nenaanalista toda clase de infortunios. En términos kleinianos: el superyó sádico.
- El agrandamiento mágico-maniaco, el auto que crece repentinamente, que Sandra utiliza ante la comparación y limitaciones. Este aspecto se liga a la fantasía de robo de las cualidades parentales, principalmente maternas: ella no es la niña, sino que mágicamente se convierte en la mamá grande a la que le caben los bebés en su interior.

A partir del análisis de esta sesión, se puede comprender el sentido de algunos de los síntomas y rasgos de carácter que Sandra presenta:

- La dificultad de socialización que surge de la incapacidad de sostener un juego con pares, quienes representan a hermanitos indeseables e invasores de la escena primaria.
- La fobia escolar resultante, en parte, de un temor de retaliación por la fantasía de destrucción hacia los hermanitos y proyectada en los compañeros que se sienten como perseguidores. No es difícil imaginar que Sandra desarrolle, más tarde, una ansiedad persecutoria hacia la nena-analista a la que ha excluido y maltratado.
- Este mismo aspecto fóbico se enlaza con proyecciones paranoides hacia la maestra y el mismo espacio escolar que representa el cuerpo atacado de la madre con contenidos persecutorios. Asimismo, quedarse en casa por no poder asistir a la escuela, reafirma su poder y control sobre la pareja parental.
- El sobrepeso ligado a la ansiedad oral. Comer es un acto que está cargado de contenido emocional: incorporar vorazmente el alimento calma los celos y la sensación de exclusión porque equivale a ser partícipe de la escena primaria oral.
- La estrategia maniaca de agrandamiento que utiliza en relación con el coche que crece forma parte de su estructura de carácter. Sandra no tolera aparecer como una niña *chiquita* o *incapaz*, la autoexigencia es una manera de ser *siempre grande*, robar las cualidades de mamá y aparecer ella en ese lugar.

Los dramas edípicos en la fantasmática arcaica son uno de los ejes de la comprensión clínica kleiniana. A Sandra se le ve profundamente atrapada en esta trama; preocupa que su desarrollo intelectual y emocional quede detenido y su carácter cristalizado en torno de estas fantasías predominantes. Klein piensa que si el análisis puede acceder a los estratos más profundos de la mente, la presión que el superyó ejerce se aliviará.

La ansiedad que el niño tiene como resultado de sus impulsos destructivos, y que responde tanto en cantidad como en calidad a sus fantasías sádicas, se une a su miedo a objetos internalizados peligrosos y lo lleva a

situaciones de ansiedad definidas; estas situaciones de ansiedad están ligadas a sus impulsos pregenitales, y como he tratado de demostrar, nunca puede deshacerse de ellas totalmente. El análisis solo puede debilitar su poder en la medida en que reduce la ansiedad y el sadismo en el niño (Klein, 1932:287).

El superyó debe sufrir un proceso de integración. Al final, constituye un objeto interno, lo cual se logra al elaborar las ansiedades depresivas que unen objetos parciales en un objeto total.

El interés de Klein en las fases tempranas, en las cuales predominan objetos edípicos parciales, y su creencia en la capacidad comprensiva desde el inconsciente la llevaron a construir interpretaciones que, más tarde, se criticaron mediante el argumento de que se trataba de una traducción simbólica literal. En los años sesenta, la moda kleiniana condujo a ciertos excesos. Las interpretaciones genéticas⁵ fueron justificadamente tildadas de textuales; por ejemplo, un analista podía interpretar a su paciente que la incapacidad para beneficiarse de las interpretaciones funcionaba de la misma manera que la voracidad infantil de cuando era un bebé que mordía y atacaba el pecho de su madre.

Hoy los analistas poskleinianos se interesan más por comprender el funcionamiento atribuido metafóricamente a los distintos tipos de objetos. Los conceptos como *pecho* o *pene* se entienden tomando en consideración las funciones emocionales, más que como partes fantasmáticas concretas dentro de la mente. Por ejemplo, si un paciente repite las interpretaciones del analista como si fueran ideas propias sin reconocer que obtuvo el conocimiento adquirido de otro, el analista puede suponer que hay un robo de la función pecho. Posiblemente no se puede aceptar que el beneficio proviene del analista-pecho, por la envidia que esto provoca. En la interpretación, lo central es mostrar cómo el paciente se beneficia de un vínculo, sin que esto pueda ser emocionalmente advertido o agradecido. El analista sabe que está siendo tomado como el objeto parcial pecho, que no es evocado en tanto objeto total al que se le conceden atributos. Lo que importa, más que el objeto concreto pecho, es la función alusiva que el analista encarna: el pecho que ofrece, aporta y no es reconocido.

Vida psíquica, realidad y objetos internos

Klein tiene una concepción espacial de la mente, y ésta aparece desde sus primeros textos. Como quedó señalado, el cuerpo de la madre es el área donde se desarrollan las situaciones edípicas; se trata de un espacio habitado por objetos concretos que interactúan produciendo sentidos y libretos. Hablar de esto es abstraerse de las formas convencionales del pensamiento racional. El ámbito onírico y el del juego infantil son los territorios privilegiados para la observación de escenificaciones psíquicas. La visión de Klein concede un lugar preponderante a la realidad psíquica y se aleja de las posturas ambientalistas. La realidad externa atenúa las ansiedades y fantasías internas, pero dista de ser la productora del mundo de imágenes y afectos que se encuentran en el sujeto.

Como resultado de la interacción introyección y proyección —proceso que corresponde a la interacción de la formación del superyó y las relaciones de objeto—, el niño encuentra una refutación de sus temores en el mundo externo y al mismo tiempo disminuye su ansiedad por la introyección de los “buenos” objetos reales. Desde que la presencia y amor de sus objetos reales le ayudan también a disminuir el miedo a sus objetos

introyectados y sus sentimientos de culpa, su miedo a los peligros internos aumenta su fijación a la madre y aumenta su necesidad de amor y de ayuda (Klein, 1932:191).

El mundo externo actúa como amortiguador y modulador, pero el individuo no es pasivo frente al medio; por el contrario, activamente le imprime sentidos. La divergencia entre la teoría kleiniana y otras escuelas que destacan el ambiente como causa primordial de los conflictos es evidente.

El sueño que un niño, hijo único y sin padre, tiene tras la pérdida del abuelo puede ilustrar estos fenómenos.

La noche posterior a la muerte del abuelo, con quien vivían su madre y él, sueña que está en el cielo con una estrella, la describe como una hermosa estrella que acompaña a la luna. Esa noche, la madre lo lleva a dormir con ella y piensa que está triste; deduce que el sueño se refiere al deseo de estar con el abuelo.

La analista, influida por las ideas de Klein, tiene otra opinión, cree que el chico se puso un poco maniaco por haberse quedado solo con la madre: la luna y la estrella parecen ser la madre y el hijo que, finalmente, por la noche pueden estar a solas sin el padre sol que los vigile. Esto no implica suponer que el niño no esté triste por la muerte del abuelo, o que sea un cínico que solo viva la experiencia de pérdida como un triunfo. El dolor por la pérdida y la nostalgia que pueda sentir no se ponen en duda, pero no debe escapar el sentido que se construye desde la fantasía interna.

La teoría kleiniana exhorta a no tomar las producciones infantiles de forma reduccionista y referirlas directamente a la realidad externa. Cuando un niño dibuja una bruja y dice que es su mamá, no quiere decir que su madre sea necesariamente una mala madre, hay una construcción personal que entra en juego. En este sentido, Klein ayuda a concentrarse más en el mundo interno que en el externo. Es probable que en el caso de Sandra, relatado anteriormente, la niña pueda quejarse de ser mal atendida, y este descontento tendría que ver más con su voracidad insaciable que con recibir poca atención real.

El juego y los dibujos son resultado de un proceso de proyección y disociación: mecanismos fundamentales que se despliegan para permitir las expresiones lúdicas (Klein, 1929). El niño proyecta los objetos disociados en los elementos del juego, cada parte representa un aspecto u objeto de su mundo interno. El analista también se convierte en un objeto de la realidad interna del niño, tal como pudimos observar cuando Sandra le adjudica roles a su analista.

Esta perspectiva implica ampliar el concepto de *transferencia* planteado por Freud. Para Klein, no se trata de la repetición de un vínculo con un objeto del pasado, sino de la expresión directa de la dinámica del mundo interno donde se coloca al analista en algún lugar del libreto. Por ejemplo, un niño pequeño que, al separarse de su madre para entrar a las sesiones presenta ansiedad, se encuentra ya en una relación transferencial. Disocia a la madre-pecho-bueno, que se queda afuera, de la madre-pecho-malo que la analista representa.

Teoría de las posiciones. Identificación proyectiva

Klein modificó el concepto de *fases libidinales* que Karl Abraham, su analista, propuso años antes. Gracias a la teoría de posiciones explicó el funcionamiento del mundo interno y el vínculo con el mundo externo, a través del tipo de modalidad que predomine en la mente: esquizo-paranoide o depresiva. Recapitulando brevemente diré que la posición esquizo-paranoide se caracteriza por el predominio de objetos parciales, matizados con emociones extremas: muy buenos o muy malos. La ansiedad persecutoria es la emoción predominante. Surge un temor a ser agredido, a recibir un ataque vengativo por el daño hecho; los objetos destruidos persiguen ahora al destructor. Los mecanismos defensivos son intensos y omnipotentes; entre ellos se encuentran la escisión, proyección, idealización, identificación proyectiva, introyección y negación.

En la clínica tenemos muchos ejemplos de expresiones de la posición esquizo-paranoide. Tomaré el sueño de una paciente para ilustrar algunos aspectos.

En el sueño, la paciente se encuentra en un velorio frente a tres urnas: una pertenece al padre, otra a la actual pareja y otra a un hombre que ha desempeñado un rol paterno con ella. Mientras esto ocurre, la paciente se siente tranquila. Sus asociaciones se refieren a la manera en la que ella puede mantener la calma en situaciones difíciles.

Esta paciente tiene varios síntomas psicosomáticos: suele realizar actividades peligrosas, como conducir en estado de ebriedad o tener relaciones con hombres desconocidos sin protección, y toma decisiones que ponen en riesgo su estabilidad económica y afectiva. El sueño y sus asociaciones resultan preocupantes porque escenifican la intensa negación y escisión que mantiene frente a sus fantasías mortíferas y destructivas.

Llama la atención cómo ella puede narrar eventos riesgosos o violentos y mantenerse serena, como en el sueño, mientras yo me angustio y pienso en el listado de consecuencias dramáticas a las que sus actos la pueden llevar. Mi preocupación no solo es producto de una lógica discriminación de peligros, sino también de la evacuación que ella hace de su parte vulnerable y lastimada. La paciente se identifica con un aspecto omnipotente e idealizado, mientras que desconoce lo proyectado y lo coloca en mí.

En otro caso:

Una mujer cuenta que su hermano es *un abusivo, aprovechado, que siempre se quiere quedar con todo*; le pide prestada una bicicleta. Ella decide no dársela porque teme que no se la regrese nunca. Sin embargo, la paciente renta a un costo muy bajo la casa de su madre, y en el análisis paga honorarios menores aduciendo limitaciones económicas. Se puede no dudar de que el hermano en realidad sea ventajoso, pero también es una buena pantalla que le sirve a la paciente para depositar en él los aspectos voraces y negarlos en sí misma.

El mundo de la posición esquizo-paranoide, tanto por la cualidad parcial de los objetos como por los mecanismos que en ella predominan, es radical y maniqueo; hay objetos totalmente malos o totalmente buenos. El hermano de esta paciente representa lo parasitario y es visto solo desde este ángulo.

La identificación proyectiva es útil tanto para entender fenómenos clínicos complejos como para discriminar funcionamientos cotidianos. Cuando leemos el periódico en la mañana y pensamos *qué mal está el mundo*, uno se desprende y proyecta los aspectos

que *están mal* de sí mismo. Una paciente comenta: *no me gusta hablar mal de otros, pero qué tranquila me siento cuando a otro no le va tan bien.*

Klein descubre un mecanismo mental de crucial importancia: cómo se le confieren a otros las características de la propia mente al evacuar de uno mismo aspectos indeseables. El resultado es un empobrecimiento y desconocimiento agudo de la propia personalidad. Es por esto que solo en la posición depresiva, cuando se revierte la identificación proyectiva y el sujeto puede hacerse cargo de sus propias fantasías, se puede conocer y comprender la propia realidad psíquica. Los mecanismos de la posición esquizoparanoide funcionan ignorando y negando el mundo interno y externo.

En la posición depresiva, la relación se desarrolla con un objeto total, más integrado; predomina la ansiedad depresiva, la culpa y la preocupación por el daño causado a los objetos. Se abandona la esfera narcisista de los vínculos objetales; el afecto principal es la gratitud y el mecanismo central la reparación. Entrar en este estado implica un intenso dolor mental porque se asume el maltrato al objeto.

Una pequeña ilustración de este momento fue la terminación del tratamiento con una paciente de 59 años. Ella se encontraba contenta por finalizar su análisis, agradecida porque valoraba su crecimiento y lo que en este periodo había desarrollado. Sin embargo, no dejaba de sentir una enorme pena por darse cuenta de que su hija, ahora de 38 años, se hubiese beneficiado mucho si ella hubiera entendido y modificado aspectos personales siendo más joven.

Este dolor era en parte genuino, pero a la vez era una proyección del duelo por una época que se había ido y en la cual ella había estado muy paralizada y poco vital. La toma de conciencia del daño provocado, no solo a los objetos externos reales sino a los propios objetos internos, es una de las fuentes de sufrimiento más intensas: la angustia depresiva.⁶

Cuando Klein relaciona la teoría de las posiciones con el Edipo, explica que no es la ansiedad de castración (como propone Freud) sino el amor a los padres y el deseo de preservarlos juntos lo que produce la renuncia edípica. Esta renuncia se produce por amor, no por miedo. Se controla la agresión personal y la erotización incestuosa, lo que conduce a la búsqueda de nuevos objetos.

La posición depresiva, que sigue a la anterior [posición esquizo-paranoide] y está vinculada con importantes etapas del desarrollo yoico, se establece a mediados del primer año. En este estadio los impulsos y fantasías sádicos, así como la ansiedad persecutoria, se debilitan. El niño introyecta el objeto como un todo y simultáneamente se vuelve capaz, en cierta medida, de sintetizar tanto los diversos aspectos del objeto como las emociones que éste le inspira. El amor y el odio se aproximan más en su mente; surge entonces la ansiedad relacionada con el daño o la destrucción del objeto, tanto interno como externo. Los sentimientos depresivos y la culpa dan origen al impulso de preservar o hacer revivir el objeto amado, ofreciendo así una reparación por los impulsos y fantasías destructivos (Klein, 1932:17).

La teoría de las posiciones ofrece un marco de valoración psicopatológica apartada de la nosología psiquiátrica, que se basa en criterios de funcionamiento mental como los vínculos objetales, la predominancia de ciertos mecanismos defensivos y la cualidad de la ansiedad; estos elementos entretejidos en una fantasía o libreto. El cambio psíquico es producto de la integración del amor y el odio, y de la presencia de fantasías reparatorias que imperan en la mente.⁷

En 1950, Klein plantea que la finalidad del análisis es la elaboración de ansiedades

paranoides y depresivas. El objetivo terapéutico central es elaborar la posición depresiva, disminuir la escisión presente en el psiquismo, reintegrar los aspectos disociados de la personalidad y tolerar la culpa y la responsabilidad para conseguir que el objeto y el yo se integren.

Técnica y cambio psíquico

Klein entiende la sesión como una exteriorización de la realidad psíquica. Se centra en el análisis de conflictos y fantasías para explorar la transferencia, tanto positiva como negativa, lo cual lleva a integrar los sentimientos ambivalentes.

Como señalé, la concepción de transferencia se amplía, se toma en cuenta la transferencia latente y no solo las ocurrencias del analizando hacia el analista. La transferencia es implícita, se infiere y está presente en la estructura de los vínculos, en las ansiedades y las fantasías que constituyen un todo y se expresan en la relación analítica.

Un aspecto novedoso respecto de la teoría freudiana consiste en la consideración de que no solo el desarrollo infantil edípico tardío se actualiza en la transferencia sino también las relaciones de objeto más tempranas. En el ejemplo del sueño de la paciente que experimenta las vacaciones como una privación oral, se revive la separación como una situación primitiva de frustración oral. La analista no aparece directamente en el sueño, no hay un contenido asociativo concreto que la relacione, pero la circunstancia de separación, los sentimientos de exclusión, la idealización y envidia de la figura proveedora aluden a lo que se desarrolla dentro del vínculo paciente-analista.

El siguiente material ejemplifica estas ideas. Se trata del primer sueño relatado por una paciente depresiva que comienza su análisis:

*Entro a la casa de mi madre, tengo hambre y me dice que vaya al refrigerador. En el refrigerador hay un cadáver asqueroso en descomposición, solo en una pequeña esquina hay un poco de comida. Mi mamá me dice que no lo deje salir porque podrían pasar cosas peligrosas.*⁸

Es evidente el componente paranoide oral que aparece; el refrigerador como el espacio que contiene personajes muertos: el cuerpo de la madre o su propio interior con los bebés o el pene del padre atacado, así como la presencia concreta de un objeto persecutorio que amenaza con *salir*. Lo que llama profundamente la atención, también, es que el sueño habla de una necesidad de ser alimentada; de cómo hay una posibilidad remota, *una pequeña esquina*, de recibir buena comida, pero esta probabilidad se ve obstaculizada por evitar que el muerto salga *porque podrían pasar cosas peligrosas*.

Resulta probable que la paciente desee ser nutrida por la mamá-analista, pero se encuentra simultáneamente muy asustada tanto por los contenidos que puedan *salir* de sí misma, como por lo que la mamá-analista le pueda ofrecer: buena comida o *un cadáver asqueroso en descomposición*, producto probable de sus ataques envidiosos hacia la capacidad materna de cuidado y alimentación.

Gracias a Klein, la observación de la transferencia, que puede aparecer muy disipada y encubierta, se vuelve fundamental. Se hace necesario desarrollar el ejercicio clínico de reconocerla, captarla y asirla. La interpretación transferencial, tanto de los aspectos

positivos como negativos, permite el conocimiento de lo disociado y su reintegración y, por consiguiente, se modifican las relaciones de objeto. En el caso de esta paciente resulta esencial interpretar tanto el aspecto paranoide en el vínculo, como el deseo y esperanza de que esa relación la pueda beneficiar; la omisión de una u otra parte impediría tomar contacto con los aspectos encontrados que se ponen en juego.

Entre los factores curativos que Klein considera, la interpretación transferencial es el instrumento por excelencia que permite una modificación estructural.

El *insight* psicoanalítico, que promueve los cambios terapéuticos, es diferente del *insight* en cualquier otra situación [...] Éste involucra un conocimiento consciente de procesos arcaicos, regularmente inaccesibles para la persona más intuitiva, gracias a revivir en la transferencia el proceso que estructuró el propio mundo interno y que condicionó las propias percepciones. El *insight* es en sí un elemento constantemente nuevo en el proceso. Por lo tanto, está continuamente produciendo cambios dinámicos. Por ejemplo, en el momento en que el paciente capta cómo está escindiéndose, se produce un nivel de integración (Segal, 1962:217).

La adaptación a la realidad y la capacidad de una mirada aguda hacia sí mismo surgen como consecuencia de la comprensión de las propias fantasías. Los factores decisivos para el desarrollo mental son las emociones humanas y las fantasías que las expresan. De esta forma, la introyección del objeto bueno fortalece al yo y le permite tolerar la ansiedad sin proyectarla. Pero, como bien lo señala Klein, la envidia, los celos y la voracidad son impulsos que interfieren en la internalización de un objeto bueno. Necesitar y depender emocionalmente del objeto bueno, incluso el interno, no es fácil porque se está expuesto a las emociones dolorosas.

Aquí, unas palabras sobre la concepción kleiniana del narcisismo: en la relación narcisista con los objetos, propia de la posición esquizo-paranoide, el yo se identifica con un objeto idealizado interno y se disocia y niega al objeto persecutorio. El narcisismo evita la diferenciación que provocan los celos y la envidia. En la relación con el objeto bueno, éste se discrimina como algo separado del yo. En la vinculación narcisista, este objeto no se reconoce como distinto del yo, no se le diferencia y, por lo tanto, tampoco se le agradece. La fantasía de autosuficiencia predomina y se niega la presencia del objeto.

La mente es un campo de batalla con bandos bien identificados; si el sujeto es capaz de refrenar sus regimientos agresivos, narcisistas y omnipotentes, las legiones bondadosas toman el control del terreno. De aquí surge la idea de responsabilidad psíquica: el individuo es responsable de sus emociones e intenciones, aunque solo se produzcan en la fantasía. He mencionado que, para esta teoría, la mente tiene una realidad muy concreta y lo que sucede internamente tendrá consecuencias en el estado afectivo, vínculos y acciones.

Un pequeño fragmento de análisis nos servirá para ilustrar estos puntos.

Una paciente que experimenta intensos sentimientos de celos y exclusión planea una despedida de soltera para su hermana mayor, quien contraerá matrimonio. Piensa que la hermana merece un lindo evento porque es buena y generosa tanto con la familia como con ella. Está muy preocupada de que todo salga bien, y le resultan importantes detalles como los arreglos y las flores. Le interesa también dar una buena imagen frente a sus amigos, su hermana menor y sus familiares. En este contexto, relata el siguiente sueño: *Es el día de la boda. Yo estoy viendo la boda y están las hermanas del novio, que son criticonas, quieren sabotear la boda*

y echar todo a perder.

Conscientemente, ella desea que la despedida y la boda de la hermana salgan muy bien. Sin embargo, la excesiva preocupación en los detalles, como un cuidado reactivo, ya anunciaba el esfuerzo para que no aparezca nada criticable u hostil. En el sueño, esto se confirma: los elementos críticos y agresivos se proyectan en las hermanas del novio. La ansiedad persecutoria generada por el ataque fantaseado aparece en el temor de que las invitadas a la despedida o la hermana menor puedan atacarla y desaprobala.

Emerge un fenómeno de ambivalencia entre el cariño que le tiene a la hermana, la gratitud que siente hacia ella, y los celos, la rivalidad y, por momentos, la envidia que le genera. Este último aspecto es escindido. Al mismo tiempo, la interpretación de la ambivalencia de su hostilidad y afecto simultáneos hacia la hermana y la boda fue experimentada como un ataque incomprensivo de mi parte hacia ella. En la transferencia, se despliega el mismo mecanismo de escisión e identificación proyectiva: yo me convertí en la critica y agresiva que le decía cosas destructivas.

Klein nos enseña que de eso se trata el análisis: de poder tener dentro del vínculo analítico con el paciente la misma contienda que se libra en su interior. Gracias a ésta, la intervención en los aspectos hostiles y ambivalentes de la mente del analizando se entiende como una tarea necesaria y fecunda. La agresividad es una presencia, en los pacientes y en uno mismo, con la que se puede y se debe trabajar. En el modelo Freud-Abraham, la ambivalencia era algo a superar; después de Klein, es posible suponer que no se puede amar a otros y a uno mismo sin ambivalencia.

Quizá resulte apropiado retomar una reflexión que sobre Melanie Klein hace uno de sus analizandos, discípulos, herederos y seguidores más brillantes.

Cualquier intento sistemático de enseñar la obra de Melanie Klein —escribe Donald Meltzer— tropieza casi de inmediato con dificultades que constituyen exactamente lo opuesto a los problemas que se enfrentan en la enseñanza de Freud. Mientras en Freud el rabo teórico menea al perro clínico, en Klein difícilmente se encuentra el rabo teórico.

No podemos atribuir ingenuidad a una mujer tan astuta; debemos asumir que la filosofía de la ciencia realmente no le interesaba. Las leyes de la evidencia, la distinción entre descripción, modelo, teoría y sistema de notación, las diferentes clases de proposiciones definitorias; nada de ello le preocupaba.

Esto se debía, en parte, a una cuestión de modestia, porque ella consideraba que su trabajo era meramente un complemento y clarificación del de Freud y nunca reconoció el gigantesco salto que dio, tanto respecto del método como del modelo de la mente (Meltzer, 1978:1, 2a parte).

Recapitulando, ¿qué es para Klein el desarrollo psíquico?

La aproximación kleiniana al progreso emocional no apunta a modificar la agresión en sí, ya que ésta es inherente al ser humano. El ejercicio del análisis no persigue transformar las bases de la hostilidad, sino modificar los mecanismos y defensas desarrollados frente a ésta. La técnica se orienta a poner en palabras los aspectos destructivos que generan ansiedad persecutoria y obstaculizan el desarrollo mental; así aquellos se disminuyen marcadamente y lo que queda se contrarresta al fortalecer la gratitud y el amor.

El desarrollo emocional depende, en gran medida, de la capacidad que el individuo tenga para tolerar que los objetos parentales estén reunidos creativa y fecundamente, sin

que el psiquismo quede invadido con celos y envidia destructiva. Esto se vincula profundamente con la severidad superyoica, ya que, a mayor ataque, mayores sadismo y angustia persecutoria proveniente del superyó.

El acento de Klein está puesto en el mundo interno; los conflictos y ansiedades se desprenden del juego que los objetos tienen en la mente. La realidad externa atenúa las fantasías, que son una creación intrapsíquica.

La teoría de las posiciones es una extraordinaria contribución al psicoanálisis. El analista puede construir un diagnóstico del funcionamiento y del progreso o deterioro mental utilizando los parámetros que Klein propone: objetos parciales, ansiedad persecutoria, escisión, identificación proyectiva, omnipotencia y negación, que son algunos de los elementos presentes en la posición esquizo-paranoide; mientras, en la posición depresiva predominan los objetos totales, el interés reparatorio, la culpa y preocupación por el objeto, así como la gratitud.

La integración es el eje del cambio psíquico. La mente oscila de manera permanente entre deseos de amor y de odio, integración y disociación. Se niega el dolor psíquico o se tolera a través de hacer posible el cuidado de los objetos. El *insight* equivale a reunir las emociones hostiles y cariñosas hacia un mismo objeto.

NOTAS

¹ La fase femenina constituye para Klein el alejamiento del pecho que tienen tanto niñas como varones, en busca de un nuevo objeto que es el padre y el pene. Se denomina así dado el carácter de búsqueda del objeto masculino. La ansiedad paranoide hacia el pecho, por los ataques fantaseados hacia éste, es la razón principal para que el niño busque un nuevo objeto. En la fase femenina tanto el niño como la niña orientan su interés hacia el padre; este movimiento hacia un nuevo objeto estimula los comienzos del desarrollo simbólico (Klein, 1928).

² Deseo recordar al lector que los términos *pecho* o *pene* se refieren a la parcialidad de los objetos madre y padre. Klein piensa que el primer vínculo que se establece con los objetos no es total, hace falta un largo recorrido psíquico para que el vínculo se dé con un objeto total. Los objetos pecho o pene aluden en sí mismos al carácter parcial que se tiene con éstos.

³ El desarrollo de este concepto le costó a Klein la enemistad de varios analistas con quienes compartía nociones sobre las relaciones objetales; así, en 1957 se distancian de ella Guntrip, Paula Heimann y Winnicott, entre otros.

⁴ Agradezco a Eugenia Ramírez compartir este material de trabajo clínico.

⁵ Las interpretaciones genéticas son las que, en la transferencia, buscan la relación entre funcionamientos infantiles o tempranos y los actuales.

⁶ En Klein, la palabra *depresiva* alude a un estado psíquico saludable distinto al de los términos *depresión* o *melancolía*, que son nociones psicopatológicas.

⁷ Uno de los puntos débiles de la teoría de las posiciones es que Klein las formula evolutivamente, como momentos específicos en el desarrollo. La desventaja, por un lado, es que no se puede saber con certeza lo que sucede en el desarrollo primitivo; las construcciones psicogenéticas siempre tienen un alto grado de imprecisión. Por otro, este planteamiento supone que el alcance de la posición depresiva implica el abandono de la esquizo-paranoide, lo cual a todas luces es ilusorio. Conviene más tomar esta brillante propuesta como una explicación de formas de funcionamiento mental y conformaciones estructurales dinámicas donde se puede oscilar entre momentos predominantemente depresivos o esquizo-paranoides.

⁸ Agradezco a Rosa Rodríguez compartir este material clínico. El mismo ejemplo será analizado ampliamente desde una perspectiva lacaniana (véase Mecanismos del lenguaje, mecanismos del inconsciente y ss).

La verdad, los tiempos del vínculo y la sexualidad

Wilfred Bion: verdad, intuición e incertidumbre en el progreso emocional

Cambrai, noviembre de 1917. La ofensiva británica se prepara para liberar el frente francés asediado por tropas alemanas. El amanecer se perfila y el comandante pone en marcha su tanque hacia el pueblo de Flequieres. En un acto calificado posteriormente como de gran valor y heroísmo, ocupa las trincheras enemigas, abre un hueco que debilita al adversario y posibilita la entrada del batallón de infantería.

El episodio culminó con la condecoración de Wilfred R. Bion, quien recibió la Cruz de la Victoria. La versión personal de los hechos dista significativamente de aquella relatada por la historia. La ignorancia, irreflexión, una sensación permanente de inconciencia y el azar son los ingredientes que éste señala como promotores de aquella hazaña (Bion, 1982). Los debates interiores cuestionan el valor atribuido. Apenado y culpabilizado frente a la tripulación que comandaba, dice:

Ellos no sabían (yo sí) que fue mi chapucera incompetencia lo que había introducido el tanque, dentro de la fortificación, antes de tiempo. ¿Habían olvidado todos que yo no hubiese debido estar ahí por nada del mundo? ¿Debería recordárselos? ¿O debería mantener la boca cerrada y recoger la Cruz de la Victoria? (Bion, 1982:189).

La pregunta por la verdad y sus efectos en la mente fue un tema siempre presente en Bion. Su interés por el psicoanálisis lo llevó a estudiar medicina y psiquiatría, uno de los caminos comunes de formación psicoanalítica en los años treinta. Durante un tiempo, a raíz de sus experiencias como psiquiatra del ejército durante la segunda guerra mundial, dirigió su atención hacia la investigación de los procesos grupales. Más tarde fue director de la Clínica de Psicoanálisis en Londres y presidente de la Asociación Psicoanalítica Británica.

En el universo bioniano, la construcción del pensamiento se entreteje con la cualidad de los vínculos arcaicos. Como hemos visto, ya en la teoría kleiniana se planteaba la correspondencia entre la naturaleza de los estados emocionales de la primera etapa de la vida y los elementos que dominan el funcionamiento mental.

Bion se inscribe en la rica trayectoria de Klein, contribuye y enriquece sus aportes, establece un puente entre la calidad mental del objeto y la constitución emocional del sujeto en dependencia. La teoría de los afectos (la batalla entre el amor y el odio) se entreteje con la producción simbólica, el conocimiento y la verdad.

Después de Bion, el afecto, el vínculo temprano y el pensamiento se conciben como elementos constitutivos de la personalidad. Algunas de sus valiosas ideas giran en torno

de problemas como la metabolización de las emociones, la capacidad para pensar las experiencias y el desarrollo de la disposición para el aprendizaje.

Sus primeros escritos, realizados a mediados de los sesenta, pretenden otorgar al psicoanálisis un estatus científico utilizando analogías tomadas de las matemáticas, la geometría, biología, física y química (Glover, 1998). En este periodo, se interesa particularmente en las experiencias con grupos, el funcionamiento del pensamiento, la verdad, el supuesto básico (problema de valores dentro del ideal del yo), y desarrolla la idea de continente-contenido.

Algunos de los libros que comprenden las ideas más importantes de esta época son *Aprendiendo de la experiencia* (Bion, 1962) y *Elementos de psicoanálisis* (Bion, 1963).

En un segundo momento, su obra se aleja del pensamiento científico y se inclina hacia un vértice místico y estético¹ que linda con la filosofía y la poesía. Se evidencia entonces su inquietud por temas como la intoxicación de teorías, la intuición del analista, la tolerancia de la incertidumbre y la falta de certeza en las interpretaciones, problemas incluidos en textos como *Notas sobre la memoria y el deseo* (Bion, 1967a), *Volviendo a pensar* (Bion, 1967) y *Atención e interpretación* (Bion, 1970).

Más adelante, expondré algunos ejes conceptuales que tienen un enorme impacto sobre la comprensión actual de los trastornos graves de la personalidad. Noción como *continente-contenido*, el *rêverie* materno, los *supuestos básicos* y el *aspecto psicótico de la personalidad* son ideas que Bion desarrolla en relación con su investigación sobre el *pensamiento*. Abordo en principio problemas vinculados con el segundo periodo de sus reflexiones: la *verdad* y su relación con la *intuición*, la *incertidumbre* y la actitud emocional del analista.

Bion no utiliza el término *cura*, sino el de *crecimiento emocional* o *progreso mental*. La evolución hacia la salud no es algo que ocurra en un movimiento sostenido y lineal, es una travesía por un espinoso camino con avances y retrocesos. El punto central que marca la posibilidad de un desarrollo es el conocimiento de la verdad acerca de uno mismo.

La verdad tiene la connotación de alimento para la mente, mientras que la mentira es el veneno. Así, los objetos buenos producen la verdad que nutre al psiquismo y el envenenamiento emerge de los aspectos omnipotentes y narcisistas del *self*. Tolerar la verdad es algo que provoca un intenso dolor, por ello en la personalidad una parte tenderá a evitarlo, aunque otra se encaminará a pensar. La envidia y la voracidad son elementos que atacan la verdad y el conocimiento, despojan de significado al pensamiento y lo concretizan. Por ejemplo, cuando uno lee a algún autor talentoso, es posible sentirse simultáneamente admirado y envidioso. Se puede aprender y valorar solo si se es capaz de tolerar (pensar) las emociones, es decir, si uno logra registrar emocional y mentalmente los afectos que sobrevienen; de lo contrario, se puede comenzar con un dolor de cabeza, con fastidio o con un desprecio manifiesto por lo que se lee. Muchos de los problemas en el aprendizaje resultan de una emoción envidiosa que no se metaboliza.

Existen tres formas de relación posible ligadas entre sí: amor (L), odio y conocimiento (K).² Bion señaló la importancia de determinar el vínculo emocional clave en la sesión, es

decir, el que subyace en todos los enunciados y sentimientos. Todo lo expresado en la sesión, incluso las interpretaciones del analista, puede considerarse según este vínculo clave. Así como hay vínculos nutricios y de enriquecimiento, hay otros que apuntan al *anti-crecimiento*. De estos últimos, un ejemplo es cuando el paciente trata de obtener datos sobre el analista o elabora teorías para explicar sus síntomas, en lugar de arriesgarse a establecer un vínculo emocional con él (Symington y Symington, 1996).

El predominio del amor o del odio hacia la verdad será determinante para el destino de la mente: si se ama la verdad, las experiencias emocionales podrán ser digeridas y nutrir al aparato psíquico, mientras que el odio provocará la evasión de la ansiedad por medio de la mentira. Las experiencias pueden ser transformadas en mentiras y utilizadas para fabricar un mundo de irrealidad: el sistema delirante o la alucinosis (Meltzer, 1978).

La verdad es esencial para el desarrollo mental. Sin verdad, el aparato psíquico no se desarrolla, muere de inanición. Sin embargo, la verdad es una fuente permanente de dolor y anhelo de conocimiento que nunca puede ser satisfecho o completado. Por lo tanto, la tendencia a las acciones evitativas es considerable y la mente está siempre en condiciones de crear mentiras para oponerse a esta aflicción.³

Para ilustrar estas ideas referiré brevemente el caso de un hombre soltero de 37 años. Desde hace más de un año está sin trabajo y vive con su madre.⁴ Sostuvo una relación de pareja muy tormentosa durante los últimos años y solía buscar situaciones de *ménage à trois*⁵ tanto con mujeres como con hombres. A una sesión llega hablando vertiginosamente, sin pausas, explica que su pareja actual le contó al despertar que soñó con su ex marido, los dos se encontraban desnudos mirándose. Luego relata que ese día fue a la plaza de toros, donde encontró a un señor de edad mayor, gran conocedor de la tauromaquia, a quien dio sus puntos de vista, con los cuales el hombre concordó: *estaba al tope, feliz y emocionado, todos me escuchaban y este señor decía que sí a todo lo que yo decía*. Más tarde, cuenta, decidió ir a una cantina gay, donde vio con asco y desprecio a los homosexuales besándose, aunque se quedó ahí por largo rato.

Si bien no tenemos un panorama completo, la sesión refleja la necesidad de colocar a la analista en el lugar de *voyeur* que mira sin participar. La posibilidad de interpretar solo era factible si la analista lo interrumpía tajantemente. Esto no se debe solo a la ansiedad del paciente, sino a dos elementos: la identificación proyectiva de la exclusión y la curiosidad en la analista, y el intento por impresionarla para no sentir la rivalidad que puede provocar escucharla.

Parafraseando lo anterior diré que en la transferencia parecen reproducirse las situaciones que él relata en su discurso:

1. A pesar de que sus actuaciones sexuales disminuyeron en la vida cotidiana, la fantasía de un trío en la sexualidad permanece. Este material se encuentra presente en el contenido del sueño de su pareja, en la mirada sobre las parejas homosexuales y en el ritmo que adquiere su narración, dejando fuera a la analista. Los celos y la excitación *voyeurista* son expulsados por identificación proyectiva.
2. El encuentro con el *hombre conocedor* parece que despertó tanto su entusiasmo y fascinación como su competencia. Surge un deseo por impresionar como defensa frente a la rivalidad que produce estar a su lado. De la misma manera, él utiliza las palabras, que son expulsadas vigorosamente, en un intento por evitar la admiración

y envidia que puede suscitar atender a la analista.

En el pensamiento de Bion queda claro que la escisión y la identificación proyectiva excesiva tienen una finalidad evacuativa y están en función de edificar *mentiras*. En esta sesión, se observan varias estrategias que apuntan hacia esa dirección: la expulsión de su parte celosa y *voyeurista*, de su rivalidad y de sus aspectos homosexuales, mismos que en otros momentos han sido actuados, pero que ahora aparecen como repugnantes y no propios.

Resulta muy probable que la detención en su autonomía, que se manifiesta en la falta de una ocupación productiva y la permanencia al lado de la madre, esté vinculada con el deseo de meterse posesivamente dentro de la escena primaria, con la rivalidad y envidia hacia los objetos de los cuales podría aprender y con el deterioro generalizado que los mecanismos defensivos que utiliza generan en la mente. Uno puede imaginar que interpretar los contenidos mencionados al paciente no es tarea fácil, tampoco es fecunda la interpretación que nace de una *automatización* de la teoría, de lo cual hablaremos a continuación. Donald Meltzer, comentando la teoría de Bion en relación con la transferencia y la interpretación, menciona:

[La interpretación transferencial] [...] si no se requiere coraje para decirlo, probablemente no sea la verdad de lo que uno piensa acerca del material del paciente. La valentía que se requiere está relacionada con el potencial explosivo de la verdad, que bien puede ser, tal como afirma una y otra vez, el alimento para la mente, pero también amenaza a la persona, tanto del analista como del analizando con el cambio catastrófico de volverse una persona diferente (Meltzer, 1978:89).

Otro de los elementos que está presente en la idea de progreso emocional de Bion es la identificación con la función del analista. En el caso del paciente recién mencionado, podemos señalar que hay dos ejes posibles y paralelos de crecimiento emocional: uno en relación con la comprensión y reintroyección de lo que ha proyectado y otro vinculado con la incorporación que puede hacer de la capacidad continente y elaborativa que la analista le ofrece. Ambos están entrelazados y funcionan simultáneamente. El paciente internaliza al objeto analítico y la función psicoanalítica. El proceso mismo de contacto con un objeto que recibe las proyecciones, que no reacciona como los objetos anteriores repitiendo patrones preestablecidos de relación y que aporta un nivel de comprensión emocional nuevo de lo que sucede en el vínculo, enriquece al paciente y le da la posibilidad de integrar esta nueva forma de relación. En el mejor de los casos, el paciente posteriormente podrá ejercer consigo mismo la función analítica que el analista realizó con él.

El analista podría concebir que su tarea es dedicarse a compartir con el paciente la experiencia del momento, buscando, como la madre con un bebé, recibir en su *rêverie* las identificaciones proyectivas, etc. No obstante, él también podría tratar de facilitar el crecimiento de nuevas ideas, al ofrecer su opinión en niveles de abstracción y sofisticación, por encima del mito o del pensamiento onírico. Su capacidad para funcionar de ese modo estaría limitada por su habilidad para liberarse de toda preocupación por el pasado y el futuro de la relación y por su capacidad para tolerar la ansiedad catastrófica, que tendrá que compartir con el paciente (Meltzer, 1978:115).

El crecimiento mental tiene que ver con “el incremento de complejidad, sofisticación y

nivel de abstracción” (*Ibid.*:71); no se trata únicamente de resolver conflictos que hay dentro de la mente, sino de evolucionar integralmente en el funcionamiento emocional; la resolución de problemas específicos será una consecuencia del progreso global de la personalidad, y las cualidades afectivas que el analista ofrezca serán básicas para el logro de este objetivo.⁶

Para Bion, el presente y lo desconocido conforman el foco de interés de la observación psicoanalítica. La técnica debería basarse en la evolución intuitiva, en la cual las interpretaciones parten de la experiencia emocional con un individuo único. Se combina la tolerancia y el sostenimiento de una actitud de incertidumbre, confiando en que de esta atmósfera surgirá un movimiento psíquico en el paciente. “El instrumento del psicoanalista es una actitud de duda filosófica; es de primordial importancia mantener esa ‘duda’ sobre la que podrá elaborarse el psicoanálisis” (Bion, 1967:213).

Existe una preocupación por desligar la tarea psicoanalítica de un ejercicio mecánico o puramente intelectual en el que se apliquen ideas al paciente, por más interesantes que éstas sean. Bion exhorta a conjugar el contacto emocional con una actitud de intuición reflexiva de la que emane la comprensión.⁷

En cuanto a la interacción analizando-analista, propone que este último entre a la sesión sin deseo y sin memoria para lograr mantener una atención flotante, no obstaculizar el proceso y percibir afectivamente al paciente. La memoria y el deseo son distorsionados por fuerzas inconscientes y, por lo tanto, no son confiables. Dos reglas son fundamentales: en cuanto a la memoria, no recordar las sesiones pasadas y, en cuanto al deseo, no albergar deseos de que el paciente entienda o se cure (Bion, 1967a:271-280).

Elizabeth Tabak de Bianchedi, analista conocedora de la teoría bioniana, hace una brillante exposición de la propuesta de mantenerse “sin memoria, sin deseo, sin comprensión [...] para posibilitar y favorecer la intuición [...] de la realidad psíquica oniroide [...] en evolución” (Tabak, 1991:6-7).

Esta fórmula expresa la actitud emocional que Bion considera necesaria para posibilitar el contacto con la realidad psíquica del paciente. La propuesta *sin memoria* alude a todos los elementos que están presentes y activos en la mente del analista, como aspectos ya conocidos, y que no dejan espacio para la percepción de algo nuevo.

El temor bioniano de estar *intoxicados de teorías* apunta precisamente en este sentido: el analista que se preocupa por inscribir al paciente en una teoría conocida; el supervisando que se interesa en explicarle al paciente lo que encontró en la supervisión; o bien, el recuerdo activo de los antecedentes ya *categorizados* dentro de la mente del analista. La memoria afecta e interrumpe el contacto fluido y espontáneo de cada momento en la sesión.

Joan y Neville Symington enfatizan que, para Bion, la memoria como tal no bloquea la comprensión, sino que más bien entorpece la cercanía a ésta; así, se convoca al analista a establecer una disciplina que le permita separarse de un apego adictivo a la memoria. La idea de *sin memoria* está ligada al concepto de Keats de *capacidad negativa*: “La capacidad negativa [ocurre] cuando un hombre es capaz de enfrentarse con la

incertidumbre, el misterio y la duda, sin ningún afán irritable de alcanzar el hecho y la razón”.⁸

De manera similar, *sin deseo* se refiere a las diferentes expectativas que crea el analista, mismas que configuran un campo de interés centrado en un solo aspecto. La observación exclusiva o primordial hacia un elemento específico obstruye el encuentro con algo novedoso. Por ejemplo, la preocupación de que el paciente no abandone el tratamiento, ya sea por motivos económicos o profesionales; el afán de que el analizando se exprese de otra manera o que toque algún tema; el deseo de que la sesión termine; la pretensión de que ocurra una evolución o modificación en la conducta. Todas estas aspiraciones válidas enturbian el proceso de escucha y el encuentro inédito en las sesiones.

El riesgo central estriba en que se promuevan *acciones como sustituto de la observación de la relación*. Este punto se vincula con un tema que presentaré más adelante: el surgimiento de las técnicas activas como consecuencia de la dificultad emocional de tolerar la lentitud de los cambios en los pacientes.⁹

Otro de los ejes que señalan la disposición óptima del analista alude a la imposibilidad de aprehender el objeto. Siempre hay un grado de ambigüedad e incertidumbre presente en la clínica. Es necesario suspender la actividad puramente racional con el fin de captar elementos emocionales que no se sujetan a las observaciones concretas de los hechos.

Sin comprensión aparece entonces como el camino necesario para la emergencia de la intuición: “un estado de flotación de prácticamente todas las funciones yóicas” es una renuncia momentánea de las *categorías habituales de espacio, tiempo y causalidad*. Está lejos del proceso patológico de destrucción del pensamiento, se acerca más a una pausa que permite conectarse mejor con la realidad psíquica del otro.

Este concepto se acerca profundamente a la idea de *rêverie* materno: es difícil imaginar que una madre pueda hacer un contacto bueno y cercano estando preocupada, inquieta o angustiada. La aproximación emocional con el bebé le requiere despegarse temporalmente de lo que la rodea y de sí misma para acogerlo en cercanía.

La *intuición* es la herramienta indispensable que permite la proximidad con la realidad o con la verdad de una manera directa e inmediata. Sin embargo, como acertadamente advierte Tabak, existen ciertas dificultades que enfrentar cuando se le otorga un rol técnico central a la intuición, ya que se opone al método racional y científico que varias escuelas epistemológicas defienden. La intuición es algo difícil de verificar y transmitir:

Una forma de justificar el uso de la intuición como instrumento es tomar la definición freudiana de la conciencia como el órgano sensorial de la cualidad psíquica (Freud, 1900) y suponer que la cualidad psíquica (lo mental), a diferencia de la cualidad física, no es posible de ser percibida por los órganos de los sentidos. Entonces, se puede utilizar el verbo “intuir” como equivalente, para el área de lo mental, de lo que es captación sensorial en el área de lo físico, y referido al modo de contacto con lo psíquico durante la “observación psicoanalítica” (Tabak, 1991:6).

Las intuiciones, llamadas también *preconcepciones*, que consisten en no tener una certeza *a priori*, adquieren significados paulatinamente. Se procura ignorar para que el saber no obstaculice; sin embargo, no se trata de ignorar por completo. En los

descubrimientos científicos, una búsqueda da lugar a la intuición, y posteriormente adquirirá sentido.

En última instancia, la detención momentánea del deseo, la memoria y la comprensión intelectual favorecen un estado intuitivo que permite que el analista tenga un *insight* onírico en las sesiones. Esto va más allá de entender el relato a la manera de un sueño: es crear la atmósfera afectiva y mental necesaria para que surja un sueño-*insight*, un pensamiento onírico novedoso que pueda ser procesado por ambos miembros de la pareja analítica.¹⁰

Comparto a continuación un fragmento de sesión, del tratamiento de una joven, que abrió de manera inesperada el abordaje hacia temas que estaban reservados.

A sus 24 años, Paulina es una estudiante activa, entusiasmada con sus proyectos y con ciertas dificultades para mantener pareja; trae como tema los problemas que tiene con sus padres, los conflictos con sus novios, las experiencias con sus amigos y su vida académica. Luego de cinco meses de tratamiento, relata un sueño en el que hay un grupo de adolescentes, están *como de campamento, pero dentro de una casa*. Ella es parte del grupo. Comienzan a hablar sobre la presencia de un fantasma en ese lugar. La paciente va en busca del fantasma para demostrar que no hay nada, pero cuando vuelve, nadie la oye ni la ve: parece que *ella* es el fantasma, y viste de negro. Piensa que es una tontería. En la segunda parte del sueño se dirige a una linda casa en las montañas. Está en una de las habitaciones superiores, que es muy cálida. Ahí encuentra una cama, una ventana con vista a las montañas y una esquina algo oscura en la que no sabe qué hay. Abajo hay una fiesta. Tiene un esposo que la quiere, pero ella no es feliz con él. La joven no quiere bajar y participar en el festejo.

Al elegir un punto del sueño para señalarlo, el analista frecuentemente se guía más por las intuiciones y la vivencia transferencial del momento que por un saber previo. El clima de la sesión es un tanto pesado y lúgubre, contrasta con la descripción de la casa linda y acogedora. La idea del fantasma y del color negro parece expresar mejor la modulación afectiva de la paciente. Le hablo del clima emocional que percibo y de la relación fantasma-negro; pregunto si esto aludirá de alguna manera al luto o a la muerte. Me dice que ahora recuerda que en la esquina de ese cuarto acogedor había un moisés vacío de un bebé que había muerto. Confiesa que cuando era adolescente tuvo un aborto, pero nunca lo había dicho porque desea quitarle relevancia al hecho.

A partir de este sueño surgen elementos interesantes en su análisis: los aspectos melancólicos de su carácter, el ataque fantaseado —vinculado con el aborto— a bebés dentro del cuerpo de la madre y a su propio interior, la dificultad de recibir lo bueno de una pareja relacionado con la culpa y los elementos *adolescentes* e infantiles, celosos y hostiles hacia la fecundidad. En la transferencia se revive la ambivalencia entre el deseo y la dificultad de conformar una pareja analítica.

La intuición guía y abre hacia el contacto afectivo-mental; sin estos componentes, el análisis se convierte en una actividad puramente intelectual donde el paciente puede aprender conceptos de sí mismo, sin que esto redunde en una experiencia emocional que genere el crecimiento de la personalidad.

Donald Meltzer: los tiempos del vínculo

Donald Meltzer nació en Nueva Jersey en 1922. Cursó estudios de medicina y se especializó en psiquiatría infantil. Ingresó en la Fuerza Aérea cuando tenía lugar su primer análisis. En 1954 se trasladó a Inglaterra con el propósito de analizarse con Melanie Klein, cuyas obras estudió a sugerencia de Laurotta Bender. Realizó su formación psicoanalítica en la Asociación Psicoanalítica Británica, donde entró en contacto con los otros integrantes del grupo kleiniano. Seguía aún su análisis con Melanie Klein cuando ésta falleció en 1960.

Si bien continuó con las actividades en la Sociedad Británica y presentó trabajos en las reuniones científicas, centró su actividad en la Tavistock Clinic (en la que le habían precedido Wilfred Bion y Esther Bick); ahí impartía seminarios de formación y efectuaba tareas de supervisión y de investigación. Allí también conoció a Martha Harris, con quien formó una pareja afectiva y de trabajo; ambos difundieron sus teorías en varios países de Europa, América y Asia.

Un aspecto muy destacado de su actividad fue la enseñanza del método psicoanalítico, su técnica y vías de investigación. Meltzer se retiró de la Asociación Psicoanalítica Británica para buscar la libertad de pensamiento. Se caracterizó, como los maestros de talleres artísticos clásicos, por acompañar a sus discípulos desde el comienzo hasta completar su formación. Su responsabilidad, interés y compromiso hacia sus grupos de estudio y supervisados muestran el sentido de lo que consideraba ser un *atelier*. Siempre lo distinguió su penetración clínica, su confianza en el método psicoanalítico, su afecto por los pacientes, su rigor técnico y su sensibilidad y creatividad artística. Meltzer murió el 13 de agosto de 2004 en su casa de Oxford, Inglaterra.

Tanto Bion como él desarrollaron una obra vasta y creativa. Esto se alcanza cuando los analistas trabajan críticamente durante 20 o 30 años, modifican su pensamiento, valoran nuevas ideas y dejan de lado otras. Así fue como Freud pasó del estudio de los sueños y la histeria al trabajo alrededor de la pulsión de muerte, el yo, la sexualidad femenina o la escisión. En Meltzer, hay un movimiento desde temas como el proceso analítico, la discriminación de los estados sexuales en la mente, el estudio de los fenómenos de intrusión en el objeto, hasta el desarrollo de un interés más centrado en problemas como el conflicto estético, la sinceridad o la inspiración, entre otros. Su aportación al conocimiento de Bion y a la ampliación de la metapsicología clásica es inapreciable. En este breve apartado expondré algunas cuestiones centrales del pensamiento meltzeriano sobre el cambio psíquico.

En 1967, Meltzer escribió *El proceso psicoanalítico*, texto en el que estudia las fases que configuran la evolución del análisis. No solo es un libro de técnica, sino una aguda y sensible valoración del vínculo que se desarrolla entre el analista y el paciente.

El encuadre es un elemento importante para modular la ansiedad del analizando y tiene una función continente, que no se refiere solo a los aspectos formales del mismo, sino a la actitud básica con la que el analista se relaciona con su paciente. Desde este momento, se comienza a entrever un tema que será fundamental en la segunda parte de la obra: la atmósfera emocional.

La historia del proceso es observada y conceptualizada en retrospectiva; está

determinada por la estructura del aparato mental, como una recapitulación del desarrollo temprano y tiene como eje la incesante elaboración de la separación. La *recolección de la transferencia* se refiere a la primera parte del periodo del análisis, cuando el analista tiene que hacer una labor activa para construir a su paciente, quien llega con preconcepciones, expectativas y prejuicios de lo que será la relación. La primera tarea a desarrollar es clarificar este desconcierto transferencial. Hay una *transferencia preformada*, pues el paciente se guía por sus parámetros de relaciones conocidas y confunde al analista con personajes como un médico, un amigo, un maestro o un sacerdote. Es necesario aclarar el espacio transferencial para que el proceso fluya. Con cada paciente, es necesario construir el método. No se trata de adoctrinar sobre psicoanálisis, pero sí de edificar una modalidad de trabajo (Meltzer, 1967:29-45).

Estas ideas de Meltzer invitan a reflexionar en lo necesario que es efectuar una introducción cuando por primera vez interpretamos un sueño o intervenimos sobre la transferencia. El analista no puede dar por hecho que el paciente comprenderá espontáneamente el sentido de la transferencia o la riqueza de significados que se encuentra en un sueño. El analizando puede apreciar el origen de las construcciones del analista si, antes de aportar una interpretación transferencial, éste le explica que el análisis es una especie de *laboratorio* donde se ve en pequeño lo que aparece como un funcionamiento general. También puede indicarle que es posible que los sueños tengan varias acepciones, y que en ese momento se referirán solo algunas; que los sueños no se producen casualmente, sino que tienen que ver con situaciones del contexto. De igual manera, es importante señalar que hay significados internos en la elección de lo que uno sueña; que la selección no es arbitraria, aunque es inconsciente. Todos éstos son preámbulos que le revelan al paciente las formas como el analista piensa y edifica las intervenciones. El paciente se enriquece, desidealiza y se identifica con la manera en que el analista arma las interpretaciones. En un principio del tratamiento, esto también facilita comprender el sentido del método.

La recolección de la transferencia y la intensificación de las respuestas transferenciales por las separaciones permiten que se establezca un tipo de vínculo denominado *pecho inodoro* o *pecho retrete*; en esta modalidad de relación el paciente utiliza al analista para descargar en él las emociones angustiantes y desagradables. Frente a la experiencia de separación surge la identificación proyectiva en un objeto, tanto externo como interno, desdibujando los límites entre el *self* y el objeto; el resultado es lo que Meltzer denomina *confusión geográfica*. El analista recibe los sentimientos que éste evacua y una buena parte del tratamiento transcurre en este proceso.

El paciente no se vincula con el analista como una figura de la cual pueda nutrirse, escuchar e incorporar lo que le ofrece, sino como un objeto parcial en el cual depositar lo que es difícil de tolerar. Lo que el analista le da no es reconocido. El paciente experimenta que lo bueno que se desarrolla en el proceso tiene que ver consigo mismo, más que con la pareja analítica y no hace uso de las interpretaciones para hacerlas parte de sí mismo. La identificación proyectiva tiene una cualidad masiva, lo que representa una obstrucción para la capacidad elaborativa mental.¹¹

el problema básico es el del dolor psíquico y la necesidad de un objeto en el mundo exterior que pueda contener la proyección de dicho dolor. O sea lo que he llamado el “pecho inodoro”. Este nombre engloba la naturaleza de objeto parcial de la relación y la cualidad de ser valorado y necesitado, pero no amado (*Ibid.*:56).

Hay muchos sueños que ilustran este tipo de relación que tiene lugar en los análisis:

Una paciente sueña que llama a una muchacha de limpieza para que haga el aseo de prisa, porque su casa está muy sucia y desordenada; otro sueña con una piscina llena de agua contaminada que es necesario drenar.

El abandono de la identificación proyectiva masiva abre paso a una dependencia mayor con el objeto y a la distinción entre el interior y exterior de los objetos. Sin embargo, experimentar la dependencia hacia un objeto autónomo implica un intenso dolor y sobreviene la tendencia a desarrollar una organización narcisista. Las *confusiones zonales* son propias de este tipo de organización, en la cual se utiliza al narcisismo como *trinchera* de independencia para negar la necesidad del objeto (*Ibid.*:61-73).

La sugerida organización de esta fase ocasiona una secuencia de problemas que guardan relación económica esencial entre sí. El primero constituye la tendencia hacia la genitalización difusa de todas las zonas, con la concomitante excitación y búsqueda de gratificación sensual. El segundo es la idealización de la belleza de los objetos parciales y una búsqueda de su exclusiva posesión. El tercero es un intento de formar un sistema cerrado de idealización recíproca con un objeto a través de la idealización de las cualidades reparadoras de los productos del cuerpo (*Ibid.*:73).

Si las confusiones geográficas y zonales se elaboran, se abre paso a la relación *pecho nutricio*. En ese momento, el paciente entiende su necesidad del analista y se ubica en un lugar de dependencia hacia él. Lo reconoce como una figura *dadora* que brinda y *nutre*. Las interpretaciones comienzan a tomarse como una rica fuente que alimenta la mente. El interés y la cooperación por el trabajo analítico son mayores.

Los sueños que tienen que ver con familiares que llegan a un hospital para ser atendidos, coches que van a ser reparados y situaciones similares, frecuentemente tienen que ver con el tipo de relación que se establece en este periodo del análisis cuando el paciente da crédito al valor del tratamiento.

También hay sueños y materiales que expresan la transición entre tomar al analista como pecho inodoro-retrete y comenzar a experimentarlo como un pecho nutricio.

Un paciente sueña que está en clase; hay una maestra que enseña bien inglés, pero algo le pasa que no puede atender. Otra paciente planea disminuir una sesión por situaciones económicas. Sueña que tiene un hermoso piano antiguo y tallado, parecido al ropero que su abuela tenía cuando ella era una niña. Recuerda la similitud y la solidez de la madera. Cuando desea tocar, se da cuenta de que el piano está *deshecho* por dentro, y recuerda que la muchacha que hace la limpieza no lo arregló: *el piano no funciona bien cuando la muchacha no está*. Al despertar, piensa que no puede dejar la sesión porque el análisis es como la muchacha que ayuda a poner las cosas en orden. Por sí sola llega a esta conclusión y desecha la idea de reducir el número de sesiones.

La *dependencia introyectiva*, el *umbral de la posición depresiva* y el *destete* son términos que Meltzer acuñó para explicar el proceso de introyección y establecimiento interno de este pecho nutricio a través de la *identificación introyectiva*.¹² Cuando la

relación *alimentaria* con el pecho se reconoce, emerge la preocupación depresiva por el objeto y sus contenidos, se discrimina la realidad psíquica de la externa, se incrementa la lucha por la integración y surge la gratitud. Todos estos elementos ponen en marcha el autoanálisis, que dista mucho de los intentos de pseudoanálisis previos motivados por la envidia y la competencia.

los dos logros básicos de esta fase de análisis [son] el establecimiento interno de la independencia introyectiva infantil del pecho de la madre, y segundo la diferenciación de niveles por la cual el segmento más maduro de la personalidad, a través de la identificación introyectiva, comienza a desarrollar su capacidad para la introspección y el pensamiento analítico y para la responsabilidad.

Estos logros preparan la escena para el trabajo de terminación por un lado y para el interminable trabajo de la búsqueda de integración a través del análisis y el autoanálisis por el otro (Blanck-Cerejido, 1996:94).

A pesar de que Meltzer describe en forma cronológica las diferentes etapas del tratamiento, explica que en este proceso ocurre un vaivén de momentos y estados mentales, en el cual el vínculo con el analista cambia de matices, incluso en una misma sesión. Utiliza el término *reversibilidad* para nombrar el dinamismo que tiene lugar en el transcurso del análisis.

Así, suele suceder, por ejemplo, que al principio de la semana el paciente está más instalado en un tipo de vínculo pecho inodoro-retrete, y al final, después de varias sesiones y de sostener un contacto mediante las interpretaciones y la presencia cercana del analista, el vínculo se va modificando hacia una relación pecho nutricio.

La comprensión ampliada del concepto de sexualidad. Fragmentos de un caso

Meltzer (1973) presenta al individuo como un todo y desecha la división entre elementos sexuales y no sexuales. La fantasía es eminentemente sexual y está presente en toda actividad que el hombre realiza. Este principio se aplica no solo al síntoma sino también a la conducta en su conjunto. El término *sexual* no equivale a *genital*, se refiere a lo amoroso y emocional. La sexualidad está llena de sentido afectivo y de fantasía, y contiene un guión en el cual participa la identidad. La mente presenta estados sexuales que fluctúan (pueden ser infantiles, adultos y perversos) y están determinados por las emociones, los personajes u objetos internos y las fantasías que predominen.

La escena primaria freudiana extendida es el marco de referencia para describir los estados de la mente. Esta fantasía básica y permanente está conformada por el padre, la madre, el niño, la niña y el bebé dentro de la madre. Las complejas relaciones que ocurren entre estos objetos internos motivan los diversos estados sexuales en la mente.

En la sexualidad infantil predominan la actitud competitiva, los celos edípicos y la confusión de zonas erógenas.

Por ejemplo, un adolescente cuya elocuencia le permite jactarse de su poder de convencimiento puede tener una confusión pene-boca. Utiliza el lenguaje a manera de un pene vigoroso que penetra y controla el objeto. Se apropia de una identidad adulta mediante la confusión que prevalece y en la que sus palabras son la potencia que admira y envidia del adulto.

Otro ejemplo: una paciente sueña con una *pocilga* en la que se encuentra una adolescente. La madre convoca

a esta joven a vivir en su casa que es limpia y grande. La adolescente, quien viste *harapos*, le responde que prefiere quedarse sola en su pocilga sucia y con sus harapos viejos, a irse con ella.

Es probable que, frente a un material así, Meltzer pensara en la confusión recto = heces pecho = leche. La paciente prefiere sentir que se da a sí misma su propio *alimento*, antes que depender de una madre que la cuide. El rechazo de la madre en el sueño está ligado a su autosuficiencia y al deseo de ser ella la que se proporcione su propia casa. Meltzer piensa que una de las formas de evitar la envidia que provoca recibir los beneficios del objeto, en este caso la casa limpia y grande, es a través de agrandarse y sentir que se puede lograr una satisfacción sin necesidad de nadie. Expresado en términos parciales, este conflicto equivale a sentir que las heces, generadas por la propia paciente, reemplazan la leche materna. Es llamativo que la pocilga tenga como características lo sucio, viejo y, probablemente, lo maloliente, elemento que también invita a pensar en el carácter de una confusión zonal.

Estos ejemplos se ubican dentro de lo que antes describimos como confusiones zonales y apuntan hacia estados narcisistas, en los que se sostienen posiciones de autosuficiencia.

El complejo de Edipo domina los estados polimorfos infantiles de la mente. En estas condiciones siempre se es como un niño-niña atrapado en la trama edípica: el jefe puede representar al padre, a quien hay que vencer; los compañeros de trabajo, simbolizar a los hermanos que quieren robar los logros personales; un hijo puede ser percibido como un rival-hermano contra quien es necesario competir para obtener la atención del padre-pareja. El odio y los celos edípicos amenazan con inundar la actitud amorosa y generosa hacia los buenos padres.

El movimiento hacia un estado sexual adulto está dado por la posibilidad de *renunciar a invadir*, y dejar a los padres en su coito, con su actividad generativa y creativa. Sin embargo, uno de los elementos que dificultan este proceder es la creencia del niño de que el bebé interno está presente ahí, gozando del privilegio de participar activamente en la escena primaria.

En la sexualidad adulta predomina la búsqueda de un objeto total y la relación humana, lo cual constituye el espacio de la creatividad parental. Cualquier actividad genuinamente creativa es producto de una fantasía que da lugar a un estado mental en el que la madre necesita del padre para cumplir la función de cuidar y alimentar a los bebés internos. Los niños se dejan nutrir por sus padres, toleran los celos y permiten que la pareja parental sea capaz de cuidar, alimentar y crear. “Está claro que el sentimiento adulto de identidad deriva de la identificación introyectiva con las figuras parentales [...]” (Meltzer, 1973:142).

La sexualidad adulta se caracteriza por su humildad, modestia y privacidad, y no por un sentimiento de poder y un deseo exhibicionista, como la sexualidad infantil. La creatividad es una labor de los padres internos y Meltzer piensa que este tipo de sexualidad no se ve comprometida en la transferencia. Los objetos internos son análogos a los dioses, por la función inspiradora y protectora que poseen. Se experimentan no como algo que se posee bajo control, sino como figuras no dominadas a las que se les

reconoce y agradece su necesaria e importante presencia. Meltzer señala:

¿Por qué es que los verdaderos artistas están más ocupados por su trabajo que por la charla acerca de la creatividad? O mejor, ¿por qué es que el artista comienza a inhibirse en su trabajo cuando está interesado en la exhibición de sus productos? La respuesta es que la “creatividad” es una función de los padres internos o de los dioses, según la terminología anterior. A los mortales sólo les es concedido el “descubrimiento”. Esto está en la verdadera naturaleza de la identificación introyectiva (*Ibid.*:140).

En la sexualidad perversa, aparte de las cinco figuras definidas en la fantasía polimorfa de la escena primaria (el padre, la madre, el niño, la niña y el bebé dentro de la madre), aparece una sexta: el *outsider*, que es el enemigo de la creatividad parental, alguien externo que rompe la armonía familiar. Son básicamente estados sádico-perversos de la mente, maníacos y altamente narcisistas. Lo codiciado no es la sexualidad, sino la triunfante abolición de la angustia depresiva y persecutoria.

El monto de los estragos envidiosos y sádicos que aparece en la perversión es uno de los elementos centrales para diferenciar la sexualidad infantil de la perversa. Retomando el ejemplo anterior, diremos que no es lo mismo que la adolescente del sueño decida quedarse en la pocilga porque está inundada de celos y tiene una confusión en la que se agranda, a que la casa que le ofrecen se infeste de termitas, secretamente destructivas, que penetren en las paredes hasta desmoronarlas y la casa caiga sobre la madre, aniquilándola.

La sexualidad adulta se diferencia metapsicológica y no descriptivamente de la sexualidad infantil, así como de la perversa.

Por ejemplo: un maestro puede estar impartiendo una clase inmerso en un estado sexual infantil donde de forma exhibicionista está luciendo sus capacidades o hablándoles a sus alumnos con la finalidad de ponerlos celosos de sus conocimientos. Su grupo le sirve para descargar, por identificación proyectiva, la competencia que siente con otros profesores o con autores a los que admira y envidia. O bien, el proceso de enseñanza puede estar motivado por un estado sexual adulto, en el que predomine la preocupación por nutrir a los *bebés*-alumnos y simultáneamente a los *bebés* internos; aquí, el esfuerzo por transmitir ideas está impregnado del reconocimiento hacia quienes las han construido y legado a su vez, y se experimenta humildad y gratitud por lo sabido.

Externamente, la conducta puede ser similar, pero mental y emocionalmente hay una gran diferencia en ambos estados. A continuación relataré un caso que permite ilustrar los estados de sexualidad infantil y los elementos que la integran.

Los primeros encuentros

Vanesa es una mujer de 28 años de edad, alta y de complexión muy delgada. Se impone dietas estrictas, y cuida su peso con rigor. En varias ocasiones se ha sometido a cirugías estéticas del busto, glúteos y muslos. Las inquietudes y precauciones acerca de la estética corporal ocupan gran parte de su tiempo. Suele recurrir a tratamientos faciales y masajes, visita con regularidad al estilista para que arregle su cabello y le coloque uñas postizas. Por las noches, practica un ritual de cuidados que le toma una hora y media. Cuando solicita ayuda, Vanesa dice encontrarse en una situación de crisis desde hace un año. Me explica que tiene una relación de pareja con Jorge, un hombre 22 años mayor que ella. Este noviazgo comienza cuando ella tenía 19 años. Jorge era el jefe de una oficina en la que ella trabajaba. Al poco tiempo de iniciar su romance, Vanesa renuncia y él comienza a mantenerla económicamente.

Jorge sostiene otro vínculo de pareja que precede al de Vanesa. Ella está al tanto de que, a pesar de no estar legalmente casado, aquella relación viene de tiempo atrás. Las hijas de Jorge y varios familiares más conocen a Vanesa, aunque la pareja *oficial* de Jorge es la otra mujer.

La paciente relata que se esfuerza por mostrarse dócil y agradable. Oculta sus conflictos de celos y enojo a los ojos de Jorge. Siempre está dispuesta a sujetarse a los horarios que él propone. Con frecuencia, tiene que esperar a Jorge durante horas debido a los compromisos que a él se le presentan. Relata que alguna vez él la llamó por teléfono para decirle que llegaría tarde una vez más. Vanesa no se opuso y le dijo que lo esperaría. Al colgar la bocina gritó y aventó el teléfono. Para su sorpresa, todo había sido una broma y Jorge se encontraba cerca de ella, con el teléfono celular en la mano. Lo sucedido rompe totalmente con la imagen que Vanesa se empeña en cuidar con tanto afán: la de una joven prudente, equilibrada y ecuánime.

La paciente es la tercera de cuatro hijos: dos hermanas mayores y un hermano menor. El padre de Vanesa era varios años mayor que su madre; él muere durante la adolescencia de la joven y, años más tarde, su madre contrae nupcias de nuevo.

Vanesa siempre mantuvo un vínculo bueno y armónico con su madre. Sin embargo, en el último año, la actitud hacia ella y hacia Jorge cambió: ahora se muestra rebelde, menos complaciente y más demandante. Todo esto coincide con el inicio de su noviazgo con un joven un par de años menor que ella. Su madre se opone a esta nueva relación y Vanesa actúa como una adolescente que se escapa de casa y oculta sus amoríos de la mirada materna. Jorge ignora el romance de Vanesa y continúan siendo pareja, pero los conflictos y pleitos comienzan a volverse cotidianos. Afirma, además, que sufre de recurrentes estados depresivos que le provocan apatía; en estas ocasiones no sale de casa, duerme durante el día y la abruma una sensación de vacío.

Vanesa no estudió una carrera. Realizó un pequeño curso de chef, pero nunca se dedicó a trabajar en esta profesión de forma sistemática. No se dedica a ninguna actividad u oficio en particular. Dice saber que es importante dedicarse a algo y, en los ratos depresivos, se siente abrumada al cuestionarse cuáles podrían ser sus posibles ocupaciones.

La sensación que queda al escuchar a Vanesa es la de estar frente a una adolescente entusiasmada por las excitantes relaciones que mantiene, los conflictos con su madre por sus elecciones, la confusión respecto de decisiones profesionales y el interés por los temas sobre la moda. En algunos momentos, es posible olvidar que es una mujer de 28 años y no una jovencita de 16.

Cuando intenta establecer una opinión contundente, suele tomar un tono enfático y seguro, que asemeja al de una mujer madura y certera en sus decisiones. Sin embargo, estos juicios casi siempre son reproducciones de ideas enunciadas por otros y que ella repite con aparente confianza.

La sexualidad infantil como centro de la escena

El esbozo de una paciente infantil, histérica, con elementos anoréxicos, ocupó el escenario al inicio del tratamiento.

En los primeros meses, las sesiones giraron alrededor del conflicto de verse entre dos parejas, los líos por mantener oculta su nueva relación a Jorge y esconderse de la madre, así como de las artimañas que, con la complicidad de sus amigos y una de sus hermanas, le permitían salir con el joven. El siguiente es un fragmento de una sesión semejante a muchas otras:

Vanesa (en tono exaltado y riendo): *Ahora sí estuvo duro. Estaba yo tan tranquila cuando Jorge viajó fuera de México. La verdad, ahora sí prefiero que se vaya mucho tiempo de la ciudad. Así no tengo que preocuparme; no como antes, que siempre quería que estuviera aquí. Horacio [el novio joven] quería verme el fin de semana, pero Jorge ya me había dicho que teníamos una comida el sábado y un juego de golf el domingo. No quiero que Horacio se enoje conmigo, y ya siento un peso por tener que ver a Jorge.*

Uno de los temas recurrentes en las sesiones es la situación excitante donde aparecen los celos, la proyección de la exclusión en terceros, la seducción, los triángulos y los demás elementos que conforman la escena primaria freudiana.

Los vínculos de Vanesa manifiestan aquello que Meltzer denomina *la fantasía organizadora universal*: la escena primaria es una fantasía omnipresente en la estructura mental, dramática y poblada con personajes que se interrelacionan, a los que les suceden cosas y generan diversas emociones.

Durante una sesión, Vanesa cuenta que se quedó a dormir en casa de sus amigos Lalito y Fede, una pareja de homosexuales con quienes convive estrechamente. Llama la atención el diminutivo que la joven suele usar para referirse a estos hombres: *Lalito* tiene 40 años y *Fede* es un par de años menor que ella. Son sus confidentes y aliados cuando se trata de organizar planes y mentiras para que ella, a escondidas de su mamá y Jorge, pueda ver a Horacio.

Cuenta que decidió quedarse a dormir en casa de estas amistades porque su hermana, con quien vive, estaría fuera de casa y ella no deseaba estar sola. A pesar de tener una recámara extra, los amigos la convencieron de dormir en la habitación con ellos. Bajaron el colchón al piso y durmieron los tres juntos, para que de esa manera *ninguno quedara solo*.

Si tomamos como referencia la idea que Meltzer plantea como estado sexual infantil, Vanesa parece ser la niña que está celosa de que otros hagan pareja y ella quede expulsada, como la chiquita molesta que se encuentra afuera del cuarto de los padres. Es la pequeña que encuentra hermanitos con los cuales aliarse para tomar el lugar de papá y mamá, como los pequeños cuando juegan a ser mayores y roban el lecho paterno mientras los padres están ausentes.

Vanesa suele pasar largas horas con estos amigos detallándoles sus aventuras y aconsejándose. También escucha con atención relatos de sus amores turbulentos. En ese instante es como una chiquilla excitada que desea mirar y que otros la miren. En ella oscilan actitudes *voyeuristas* y exhibicionistas.

Una de las hijas de Jorge es amiga de Vanesa. Cuando están juntas, la paciente no puede evitar indagar acerca del vínculo que Jorge tiene con Pamela, la otra pareja. Éste es un tema que si bien le duele por celos, la excita y la atrae con una poderosa fuerza. Está atenta a todo detalle acerca de Pamela. A pesar de que no la conoce, la describe físicamente: su arreglo, ocupación, pasatiempos, si tiene hijos y de qué edad, una infinidad de detalles que denotan su interés y la mirada epistemofílica que mantiene.

Vanesa: *Pamela es un palo. Pasa cuatro horas diarias en el gimnasio y todos sus músculos son fortísimos. Ana [hija de Jorge] dice que tiene cuerpo de hombre, que sus pechos parecen como dos bolitas puestas en un pecho de hombre. ¡Qué asco! Cuando Jorge me habla de P. [un lugar fuera de la ciudad en donde pasa largas temporadas], y le pregunto qué comió, siempre me dice que pescado y verduras. Pobre, lo mata de hambre porque ella está siempre a dieta. Cuando viene a cenar conmigo, siempre le digo que si le hago sus enchiladitas o chilaquiles, y está feliz de que le dé algo rico.*

Extractos como éste manifiestan sus comparaciones constantes con Pamela. A la luz de la sexualidad infantil, se puede pensar que Vanesa es como una pequeña que se compara con la mamá dueña de papá, una rival a la que intenta ganarle y demostrar que ella puede ser una *mujer* más valiosa, que le da comida más sabrosa a papá.

La rivalidad que Vanesa manifiesta a veces con Pamela parece ser la de una niña con su madre o la de una hermanita en la lucha por el amor exclusivo del padre. Esto también se observa con las hijas de Jorge, con su hermana y con las amigas de su hermana.

Vanesa: *Jimena [otra de las hijas de Jorge] se va a casar. Jorge habla todo el tiempo de la boda: que dónde van a vivir, que si ya tiene el lugar del banquete, que si van a dar qué cosa de comer... ya estoy harta del tema.*

En otra sesión:

Vanesa: *En este fin de semana teníamos pensado irnos de viaje. Es nuestro aniversario y habíamos planeado irnos a la playa. Hace un rato me habla y me dice que no vamos a ir, que porque es la pedida de la hija, una cena con su novio y no sé qué. Estoy cansada de esto. No hace más que estar todo el día con la cantaleta de Jimena y sus historias. Todo lo pone antes que yo, cualquier cosa es más importante que lo nuestro, ya estoy cansada.*

De manera similar, Vanesa tiende a desplegar la rivalidad fraterna hacia la hermana que la precede en edad. Nuria es dos años mayor que ella, la califica como *la oveja negra de la familia* porque desde hace años tiene una mala relación con la madre y es rebelde y alocada.

Nuria es soltera y viven juntas en una casa que Jorge les regaló. Vanesa se queja con frecuencia de las actitudes de su hermana. Piensa que es descuidada y que ella se tiene que encargar de responsabilidades que su hermana no asume. El tono que Vanesa adopta cuando habla de Nuria es el de una mamá cansada de su hija a la que tiene que atender. Detrás de estos reclamos y críticas hechas a la hermana se asoma una actitud parcialmente impostora. De pronto, Vanesa es una mujer madura que tiene a su cargo a una pequeña descarriada y caprichosa.

Vanesa: *Nuria es una pachorruda,¹³ tenía que ir al salón de belleza a arreglarse el cabello. Le dije que si estaba a tiempo, yo la podía llevar, pero nunca está a tiempo, y entonces la dejé. Claro que después me pone una jeta de este tamaño. Tengo que estarle solucionando todas sus cosas y ya me cansé.*

Acerca de una cirugía estética para moldear sus glúteos, la paciente señala que una de las razones por las que no quiere enterar a la familia y en especial a Nuria de la operación, es que supone que ésta desearía someterse quirúrgicamente para embellecerse por igual. Alude que su hermana no tiene dinero y no podrá costearse la cirugía.

En otra sesión, comenta que acudió a un evento con las amigas de Nuria, con quienes bebió en exceso. Las amigas le gritaban excitadas al baterista y al cantante desde donde estaban. Esta conducta incomodó a Vanesa.

Vanesa: *Yo no sería capaz de hacer algo así; una cosa es querer ligar a alguien, pero eso ya rayaba en hacer el ridículo. Ya llevaba varios vodkas, pero ya no tomé más porque pensé que si yo tomaba quién las iba a controlar.*

En otro momento:

Vanesa: *Lo que Nuria debería hacer es conseguir un trabajo. Tendría que hacer algo que de verdad valga la pena; ya se lo he dicho muchas veces. Jorge dice que tendría que hacer algo con su vida, dedicarse a alguna actividad. Su novio no tiene futuro alguno; no sé qué espera andando con él. Ya le he preguntado que cuando corte con él qué va a hacer. Yo no sé qué espera para ponerse las pilas.*

Los elementos proyectivos en este material son evidentes: le exige a su hermana algo que ella misma no puede consolidar, como lo es encontrar una actividad a la cual dedicarse, tema que toca a menudo. No se trata solo de una simple proyección, sino también de una identificación proyectiva donde Nuria representa los aspectos inmaduros, torpes y caprichosos de Vanesa, quien se coloca en la situación de quien sabe con certeza lo que se debería hacer. De esta manera, intenta escapar de la intensa rivalidad.

Por otra parte, es común que Vanesa narre momentos de conflicto. Entre ella y Jorge predomina un clima beligerante. La mezcla de celos, excitación, enojo por la exclusión,

curiosidad y rivalidad hacen que los encuentros entre ellos adquieran el carácter de un tórrido y tormentoso romance. El siguiente fragmento ejemplifica la atmósfera de su vínculo:

Vanessa: Me volví a bronquear con Jorge. ¿Recuerdas que fue mi cumpleaños? Fuimos a comer y ya todo bien, pero cuando regresamos a mi casa le pregunté si se quedaría conmigo a dormir, y me dijo que no porque tenía un compromiso al día siguiente. No, ¡pues se me quitó el corchito de la boca! Dije que claro, cuando había sido cumpleaños de Pamela, yo no lo había visto en ocho días, que claro, soy la pendeja que no me entra en la cabeza el papel que tengo en su vida. Le pedí que me bajara del coche y que me dejara ahí, pero no quiso. Le dije lo que ya le he reclamado muchas veces: que él no tiene tiempo para una doble vida, que mejor se quede con su Pamela, que no quiero la casa que me va a regalar, que mejor se la dé a Pamela. Bueno, nos volvimos a bronquear.

Vanessa piensa que la destrucción es un juego. Si bien se queja de sus pleitos, también los disfruta y minimiza de modo infantil. En la transferencia, ella puede reír sin preguntarse el sentido de lo que se le dice. A pesar de que no detona una querella acalorada, aniquila las interpretaciones en una atmósfera de regocijo.

Elegir a un hombre como Jorge revela motivaciones edípicas. Vanessa pareció sorprenderse sobremanera ante las primeras interpretaciones acerca de este punto. El tema de su atracción por lo prohibido, del lugar figurativo de Jorge como un padre, la competencia con Pamela y lo excitante de la situación fueron temas recurrentes en varias sesiones. Los sueños de Vanessa ayudaron a destacar el carácter de la realidad psíquica que ella desacreditaba, pues pensaba que los acontecimientos de su vida eran, en gran medida, obra de la casualidad.

En sesiones anteriores al sueño que se relata a continuación, Vanessa cuenta que su primo hermano, hijo de una tía materna, contraería matrimonio en poco tiempo. Ella conocía bien a la prometida.

Vanessa: Era el día de la boda de mi primo. Él ya estaba vestido de frac, y yo también me había arreglado. Tenía puesto un vestido de tipo antiguo, con crinolina, muy vistoso. Entonces, mi primo me decía que era a mí a quien amaba. Resulta que él y yo estábamos enamorados, pero se tenía que casar. Yo le decía que lo hiciera, que no importaba, porque nos seguiríamos amando. Estaba muy enamorado. Me parece un sueño muy extraño. La novia de mi primo me cae bien, qué raro, ¿no?

Analista: Parece que el sueño habla de que una parte tuya se siente muy atraída por hombres "prohibidos". Aquí, doblemente prohibido: es tu primo-hermano, y además tiene una mujer con quien se va a casar. Es una situación muy atractiva; es como ganarle en secreto a la prometida, porque tú eres quien posee su amor, y así quedarte con el protagonista de la película. En este instante, es la boda; otras veces, el jefe, el rico-poderoso, el papá al que todos admiran...

Vanessa: No puedo creer que esto me pase. Que sea algo que yo busco, eso es lo que me estás diciendo.

Analista: Sorprende mucho pensar que las situaciones con Jorge o con Horacio no sean producto de la casualidad sino de algo que tú fabricas y eliges. A veces pasas un mal rato, sufres por los celos, por querer un hombre para ti y una familia [algo que dice con frecuencia], pero este sueño muestra la otra cara de la moneda: lo atractiva que te resulta una situación así.

Vanessa: Antes de Jorge, tuve un novio que era incluso mayor que él. Imagínate, yo tenía 17 años y él 39. Claro que todos en mi casa se escandalizaron, pero yo estaba enamoradísima. Él se encontraba en proceso de divorcio y yo era su paño de lágrimas. Siempre me han encantado los hombres mayores.

¡Ay, no puedo creerlo!

Poco tiempo después de iniciar el tratamiento, varios temas similares a los de la vida cotidiana de Vanessa aparecen en la transferencia:

Narra que el fin de semana se va con amigas que le dan muy buenos consejos acerca de las parejas y los hombres. Además, cuando está nerviosa, cree que es buena idea recibir masajes de relajación con una mujer que le agrada y con quien conversa durante horas.

Este tipo de material permitió abordar tanto las dificultades como las estrategias que utilizaba para librarse de los celos y de los sentimientos de exclusión.

Durante los fines de semana, las fantasías de Vanesa giran en torno de mí y de mi pareja. Cuando hay alguna interrupción, modifica sus planes para encontrar sustitutos analíticos.

Paulatinamente, surgió otro tipo de situación transferencial más sutil. Vanesa siempre es amigable y respetuosa conmigo, siempre paga a tiempo y avisa cuando le es imposible asistir. Sin embargo, al llegar al consultorio y saludarme, suele mirar de reojo cómo estoy vestida, mis zapatos y mi peinado. Acercarnos a este material no fue fácil, pues Vanesa se resiste a aceptar sus sensaciones negativas o de comparación conmigo. Ella desea mantener la ilusión de que el vínculo entre nosotras es armonioso, así como en su vida desempeña el papel de una linda niña ingenua y bondadosa.

Después de analizar estos aspectos, Vanesa revela que suele compararse conmigo en secreto. Varias veces ha pensado que mi arreglo personal es aburrido y serio, que no estoy a la moda y parezco mayor de lo que soy. El contexto de estas comparaciones se relaciona con el estatuto de mujer de familia que ella me atribuye; imagina que mi vida es poco intensa y estimulante.

Este contraste de imágenes sobre mi persona (tanto la de suponer que tengo una pareja estable y una familia —lo cual ella anhela—, como la de pensar que luzco mayor y aburrida) conforma una visión semejante a la que puede tener una niña frente a su madre. La admiración hacia las capacidades de la madre se mezcla con la envidia a sus atributos. La crítica oculta de Vanesa hacia mí es el resultado del aspecto infantil envidioso. El contenido del juicio invertía la situación de *niña que admira y aprende de mamá* a una *niña agrandada que sabe más de ser mujer que mamá*. Este aspecto transferencial se parece mucho a sus críticas sobre Pamela, su propia madre y las mujeres que ostentan el lugar de pareja de hombres deseables.

En términos generales, las fantasías y conductas desafiantes y transgresoras invierten la relación con *los grandes*: equivalen a vencer a *los adultos* a la manera de un adolescente cuya rebeldía le da el poder liberador del mundo adulto que lo encadena. Estas fantasías y conductas se encuentran circunscritas en un perímetro neurótico, sin los componentes destructivos y sádicos que aparecen en los estados sexuales perversos.

Se puede afirmar que Vanesa llega al tratamiento inmersa en los aspectos infantiles de su personalidad. El pedido de ayuda surge de esta parte de su estructura de carácter atormentada por la culpa, los celos y la rivalidad. El espacio analítico permite la emergencia de otras áreas, y el aspecto adulto se sorprende por encontrarse poblado de sueños que evocan emociones infantiles.

Más adelante relataré de qué forma el transcurso del análisis de esta paciente tomó un rumbo inesperado, en el que emergieron problemáticas de un orden distinto a las aquí relatadas.¹⁴

Recapitulando, ¿qué es el crecimiento mental para Bion y Meltzer?

Para Bion, el progreso emocional se da gracias a la capacidad de la mente para asumir la

verdad; sin embargo, la aceptación de ésta es compleja y acarrea emociones penosas. Los caminos se bifurcan y el sujeto puede reconocer o evadir su verdad.

El acceso a la verdad en el vínculo analítico parte del contacto emocional significativo que analista y paciente puedan construir dentro de la sesión. La intuición e incertidumbre y la suspensión del deseo y la memoria son los ingredientes para que el analista acceda al entendimiento de la realidad psíquica, a partir del pensamiento emocional.

Los desarrollos bionianos influyen, hoy en día, a muchos analistas de distintas escuelas y modelos de pensamiento. Su teoría de continentecontenido (que será descrita y ejemplificada más adelante en relación con los trastornos graves de la personalidad) es quizás una de las ideas que más ha trascendido, incluso a campos fuera del psicoanálisis.

Meltzer, al igual que Bion, sitúa el progreso emocional en los avatares que ocurren al interior del vínculo analítico. Para él, el paso de la identificación proyectiva a la introyectiva inaugura la confianza en los objetos buenos y en su capacidad de reparación, protección y fuerza frente a los embates de destrucción, desesperanza y dolor mental. Se abandona una organización narcisista en la cual prevalece la ilusión de autosuficiencia, y se reconoce el estado de dependencia con el objeto, externo e interno.

Meltzer ofrece un marco de referencia metapsicológico para valorar los estados de la mente de un individuo. La discriminación de los estados sexuales infantiles, adultos o perversos es clave para posibilitar un cambio psíquico. La sexualidad adulta se mantiene gracias al círculo virtuoso entre identificación introyectiva con la pareja parental, integración de las distintas partes infantiles del *self*, confianza en los objetos y tolerancia al dolor mental.

Hacia el final de su vida, Meltzer acentuó la importancia de la atmósfera y la cualidad emocional de las interpretaciones. Destaca elementos como desechar una actitud pedagógica con el paciente, utilizar metáforas y un lenguaje coloquial en las sesiones, incluir el humor como ingrediente en el contacto y formular las interpretaciones imaginativa y estéticamente.

NOTAS

¹ Donald Meltzer retoma y enriquece el interés estético de Bion.

² Amor: *Love*; odio: *Hate*; conocimiento: *Knowledge*.

³ Catherine Goetschy explica que Bion propone un superyó que priva al sujeto de la posibilidad de aprender de la experiencia y de comprender. “Es un objeto interno que impone sus preceptos de modo arbitrario y rechaza cualquier intento de buscar la verdad. Afirma envidiosamente su ‘superioridad moral sin ninguna moral’ y sólo dictamina un juicio inapelable: ‘eres culpable’. [...] Sus aspectos omnipotentes y omniscientes no permiten la transformación de un evento mental en comprensión” (2008:256-257).

⁴ Agradezco a la maestra Elisa Cevallos compartir este material clínico.

⁵ Tríos sexuales.

⁶ En una perspectiva histórica, se suscita un cambio desde una categoría emocional determinada freudianamente por el deseo de placer y la evasión de la frustración, a otra establecida por el sostenimiento de la verdad y el deseo de crecimiento mental propuesta por el pensamiento bioniano (véase Symington y Symington, 1996:cap. 1).

⁷ Su teoría refleja un acercamiento hacia una esfera filosófica que evoca el predeterminismo platónico y kantiano. La teoría pulsional freudiana es reemplazada por la teoría de las formas puras de Platón, los pensamientos puros [pensamientos sin pensador] y por los supuestos *a priori* de Kant [las cosas en sí mismas] (véase Glover, 1998).

⁸ “Negative capacity [is] when a man is capable of being in uncertainties, mysteries, doubts, without any irritable reaching after fact and reason” (véase Wilfred Bion [1970], citado en Symington y Symington, 1996:169).

⁹ Aunado al lento proceso del cambio psíquico, los analistas se enfrentan a presiones sociales, criterios

psiquiátricos de mejoría, supuestos convencionales sobre la normalidad y una serie de factores más que obstaculizan el saber. Frecuentemente, el analista lucha a contracorriente por sostenerse en su interés principal de encontrar significado emocional a la experiencia.

¹⁰ El consejo de Bion respecto de que el analista debe perseguir la *capacidad negativa* no se refiere a una actitud mental inmediata en la que ha de involucrarse justo antes de la sesión, sino que representa una forma de vida. Bion sostiene que los recuerdos y los deseos están arraigados en lo sensorial, mientras que el entendimiento surge en la realidad psíquica mediante la identidad simbólica (véase Symington y Symington, 1996:cap. 14).

¹¹ En pacientes con estructuras fronterizas, este proceso puede durar años y constituir la salida de un funcionamiento mental caótico. *La resolución de esta configuración de relación objetal constituye el límite entre la enfermedad (psicosis) y la salud mental (Ibid.:59)*.

¹² Cabe señalar que la postura poskleiniana en torno de la identificación con el analista como parte del progreso emocional corre el riesgo de ser tomada por los aspectos narcisistas del psicoanalista. Fanny Blanck-Cerejido alerta al respecto y menciona: “En el analizante, en el hijo, hay un sentimiento de culpa que es inherente al deseo de ir más allá del padre, que es necesaria si el sujeto va a llevar adelante su propia vida. Frente a esta amenaza, el analista se apoya en la transferencia para retener su rol de ideal y su deseo de perpetuarse en hijos/alumnos. De ahí las afirmaciones en el sentido de estimar que el logro del análisis didáctico es conseguir la identificación con el analista” (Blanck-Cerejido, 1996: 111-112). Es distinta la idea de hacer una identificación con el analista como persona, que con la función analítica y el lugar de objeto nutricional que se construye dentro de la mente.

¹³ Holgazana, lenta, no comprometida.

¹⁴ El lector puede continuar la revisión del presente caso en el capítulo “Campos estructurales”, en el apartado Lo físico: ámbito de expresión y compensación simbólica.

El lenguaje estructurante y el sujeto

Notas sobre la cura*

A pesar de que este libro no se apoya —fundamentalmente— en la clínica lacaniana, considero central tomar en cuenta algunas propuestas sobre el cambio psíquico de uno de los más grandes pensadores en la historia del psicoanálisis. No pretendo hacer una integración de la teoría lacaniana con otros modelos,¹ sino un acercamiento a la aguda escucha que plantea. El analista se puede enriquecer clínicamente de los presupuestos lacanianos sin, necesariamente, abrazar por completo el cuerpo conceptual lacaniano.

Es común que las ideas de Lacan no rebasen libremente los confines de aquellos grupos especializados en su pensamiento, en parte, tal vez, debido a los sismas grupales ocurridos alrededor de su persona y, también, a la reputación de insondable que recorre su teoría. En este apartado deseo romper un poco este tabú y abrir el estudio de Lacan a aquellos que se interesan en los conceptos lacanianos sin convertirse forzosamente en seguidores exclusivos de este pensamiento.

Desde su infancia, Lacan se distinguió por su espíritu polémico y sus cuestionamientos penetrantes. Su niñez transcurrió en un ambiente católico que no tardaría en debatir. Su padre, comerciante por tradición, anhelaba que su primogénito lo sucediera en los negocios y criticaba sus intereses intelectuales. Lacan rompe con las expectativas y modalidades esperadas dentro de una familia perteneciente a la burguesía parisina.

En su desarrollo profesional se produjo la feliz y poco usual convergencia entre la medicina y las humanidades. Lacan se orientó hacia la psiquiatría y contó con la influencia de un gran psiquiatra de la época: Henry Ey. Paralelamente, frecuentó a los surrealistas y se relacionó con escritores, filósofos y artistas del París de 1920. En el psicoanálisis se dio a la tarea de reinterpretar muchos de los conceptos freudianos.

A pesar de que fuera del ambiente psicoanalítico Lacan gozaba de gran prestigio, pasó tiempo para que se le nombrara psicoanalista titular, distinción que concluyó pronto. Después de la fractura de la Sociedad Psicoanalítica de París, se incorporó a la Sociedad Francesa de Psicoanálisis y comenzó a impartir sus seminarios en el Hospital Sainte-Anne. La revista de la sociedad publicó varias de sus mejores conferencias. Contrariamente a su éxito como un gran teórico del psicoanálisis, la Asociación Psicoanalítica Internacional niega a Lacan el derecho a formar didactas, debido a que sus propuestas implicaban una transgresión a las reglas técnicas.

El lugar de Lacan en el psicoanálisis es muy destacado, su figura ha sido motivo tanto de admiración e idealización como de críticas intensas. Varios filósofos, incluyendo a Jacques Derrida, escribieron elogiosos trabajos sobre su obra. Las opiniones sobre Lacan

son controversiales y frecuentemente apasionadas. Hay quienes lo consideran el fundador de la única corriente válida después de Freud, el heredero genuino de las enseñanzas psicoanalíticas, mientras que otros opinan que su estilo es manipulador y su lenguaje intencionalmente oscuro como medio de seducción (Todorov, 2002:62). Independientemente de los afectos o ideas que Lacan suscite, su extensa, docta y profunda obra merece ser estudiada cuidadosamente.

Siempre que uno subraya algún aspecto de una producción tan fecunda y vasta, corre el riesgo de cometer una injusticia al enfatizar ciertos trazos y desdibujar otros. A sabiendas de las trampas y restricciones que los análisis esquemáticos conllevan, me interesa resaltar tres proposiciones o formas de pensar la cura. Éstas no son explícitas, se encuentran sobreentendidas en sus escritos, se desprenden de su teoría y se relacionan con distintos momentos de su obra.

El sujeto y el significante

En 1953, Lacan pronunció el *Discurso de Roma* (Lacan, [1953] 1966), en el cual propone que el sujeto se inserta en un mundo de significantes² que lo hablan. Desde el primer momento de vida son otros —la madre principalmente— quienes dan sentido e inscriben significantes en lo que el sujeto es. El recién nacido llega a un mundo de lenguaje que lo precede y lo nombra, lo denomina: *tiene frío, calor, no se llena con nada, sus ojos son los del padre, este niño es hijo de su madre, será abogado igual que su abuelo...* son frases que desde el inicio de la existencia humana marcan y moldean. Sentencias en todo el sentido de la palabra: enunciados que dictaminan una identidad.

El sujeto es hablado por otro, inscrito en un mundo de identificación por medio del lenguaje que lo significa; queda indefectiblemente alienado frente al deseo de otro. El deseo del otro se transmite por medio de los significantes, desde el momento en que el sujeto es concebido —ya sea planeado o resultado de un *accidente biológico*—, y se cuestiona si será hombre o mujer, el nombre que llevará. No importa mucho que los significantes sean palabras expresadas oralmente, de cualquier manera se hacen presentes; incluso en el silencio que le asigna un lugar al sujeto, el deseo se filtra por canales inagotables esculpiendo al yo. La sumatoria de identificaciones que se desarrollan a partir de la alienación en el deseo de otros constituye el yo. El yo del sujeto es el corolario, el resultante de las identificaciones en las que el narcisismo y lo imaginario confluyen.

Françoise Dolto, influida por el pensamiento de Lacan, explica cómo la primera sonrisa del bebé es un reflejo biológico que la madre o las personas que rodean al recién nacido integran al mundo del lenguaje; el gesto pronto deja de ser un reflejo para convertirse en un código al que se le imprime un sentido desde los otros, convirtiéndose así en un significante. Un bebé que mueve la cabeza y aparentemente fija por un instante la mirada, puede despertar en una madre deseosa de contacto la idea de que el hijo la busca; en otra tal vez la imagen de que el niño es inteligente, o, en una mujer paranoide, la sensación de que hay algo suspicaz o peligroso en la criatura. El sujeto está inmerso en un mundo de significantes que lo preceden y determinan.

Al tiempo en que escribe *Función y campo de la palabra*, Lacan no ha establecido aún la diferencia, desarrollada en años posteriores, entre el otro, *a*, y el Otro, *A*:

- El Otro, *A*, se refiere a las leyes del parentesco, al lenguaje como un orden que precede y estructura, al universo simbólico.
- El otro, *a*, en este momento de su obra designa a los sujetos que rodean al infante.

La famosa frase: “Que el inconsciente del sujeto sea el discurso del otro” (*Ibid.*:254), alude al juego imaginario de fantasmas, de significantes en particular, que se entretejen para determinar al sujeto. Lacan atribuye tal importancia a los significantes, pues piensa que las emociones existen gracias a la palabra, que es la que crea la emoción. Cita la máxima célebre de La Rochefoucauld: “Hay personas que no habrían estado nunca enamoradas si no hubiesen oído nunca hablar de amor [...] un reconocimiento auténtico de lo que el amor debe al símbolo y de lo que la palabra lleva de amor” (*Ibid.*:253).

Más allá de las objeciones que se le puedan hacer a la teoría lacaniana,³ vale la pena señalar la riqueza clínica que aporta la idea de que los significantes determinan la identidad del sujeto, la escucha psicoanalítica se afina y se aquilata la palabra que el paciente expresa.

Una mujer de 27 años, refiriéndose a la falta de relaciones de pareja en los últimos años, dice estar *quedada*. Se queja dolorosamente de no tener un vínculo amoroso y su frase alude a un estado inmodificable; resulta asombroso que una persona tan joven utilice este término, que implica la soltería permanente. Más tarde, en el transcurso del proceso psicoanalítico, ella habla de que se *quedaba* con el padre cuando los demás miembros de la familia se iban. La madre era vendedora y solía ir de viaje llevando consigo a los hijos; la paciente, a diferencia de los hermanos, se *quedaba siempre* con el padre. La palabra da origen a un encadenamiento de significantes.

Ser *quedada* remite a una hipótesis de identidad. El significante circula y toma diferentes sentidos; detrás de él se encuentra una identificación. El significante oculta una identidad y muestra otra: la solterona o la bien acompañada por papá, es decir, su pareja. El deseo —ser la mujer del padre— se esconde tras el significante doloridamente expresado en la actualidad.

Los significantes inconscientes se asocian y se repiten fuera del control consciente, se ordenan en cadenas determinadas y remiten a la repetición. El sujeto se encuentra atrapado en estas concatenaciones de significantes. Para expresarlo de otra forma diré que la cadena de significantes atrapa al sujeto: el sujeto está sujeto. La inclusión de nuevos significantes modifica el universo, la identidad. Con esta idea, Lacan propone que el análisis no pretende aportar nuevos significantes elaborados por el analista, sino impulsar un dinamismo donde el paciente sea quien los produzca.

El psicoanálisis tiene solo un medio: la palabra del paciente. En el proceso analítico no se aborda la historia “real”, sino la que se construye a partir de los significantes, la novela familiar. La verdad individual remite a una estructura de palabra, ésta es el elemento más importante de comprensión psicoanalítica. No interesa mucho cuáles fueron exactamente los sucesos; los datos importantes no tienen que ver con los incidentes concretos, sino cómo son anudados dentro de un orden de significantes que estructuran una verdad para

el sujeto.

Lacan critica los puntos de vista que sustraen a la palabra del papel central en psicoanálisis y que proponen a las experiencias emocionales entre paciente y analista como el eje del trabajo clínico. Las funciones del analista como continente, objeto empático o sostén no son centrales; estos elementos no son parte del presente modelo. Lo que se privilegia es la palabra, el significante que aliena al sujeto, y el quehacer debe orientarse a revelar la palabra en que la identidad se esconde.

El término *palabra* debe ser comprendido en sentido amplio. A veces, es lo no dicho, el acto fallido que habla, el síntoma, el suspiro silencioso y elocuente. La cadena asociativa no funciona como una sólida pieza en la que los significantes aparecen ordenada y controladamente: se presentan fracturas y son precisamente esos huecos los que dan cuenta de la presencia del inconsciente. Los sueños, los olvidos, los actos fallidos, así como los lapsus son los agujeros del discurso que revelan el inconsciente.

El inconsciente accede a la conciencia a través de los errores del discurso, de ahí la importancia de escuchar al paciente. Por ejemplo, en una sesión una paciente dice estar *preocupada* porque su hijo sacó malas notas; otro día se encuentra *preocupada* por la situación de su marido en el trabajo. Sesiones después lo está por una amiga; la escucha se refiere a no estancarse en las situaciones concretas que el paciente relata, sino encontrar los significantes que hilan el discurso.

En un momento, la idea de cura en Lacan se relacionó con el concepto freudiano de levantar la represión, el surgimiento de significantes inéditos que emerge como el inconsciente reprimido. Creía que los errores del lenguaje se resolverían. Más tarde, afirmó que el psicoanálisis no es análisis de lenguaje: en tal caso, el psicoanálisis sería hecho por los lingüistas. Deja la interpretación discursiva a los lingüistas y se enfoca en los errores del lenguaje, las fallas e incorrecciones, es decir, lo sintomático que remite al sujeto del deseo.

El síntoma es críptico, en él hay una metáfora, un sentido a descifrar. Es preciso leer y decodificar el síntoma, ya que éste se encuentra estructurado como un lenguaje. El médico y el psiquiatra piensan que el síntoma debe ser eliminado, que no forma parte del sujeto. Por el contrario, el psicoanalista valora el síntoma como un idioma que dice algo del paciente. El significado es enigmático, pero hay una palabra. “El síntoma se resuelve por entero en un análisis del lenguaje, porque él mismo está estructurado como un lenguaje, porque es lenguaje cuya palabra debe ser librada” (Lacan, [1953] 1966:258).

Las ideas sobre técnica y cura tienen un nexo directo con la importancia que Lacan le confiere al lenguaje. Hay una congruencia tácita entre la teoría y el manejo clínico. Uno de los riesgos que se advierten es el de tomar el saber teórico para obturar la palabra del paciente. Le preocupa que el analista sea quien aporte valores y sentidos al discurso del analizando que éste no ha construido.

Critica las hipótesis de maduración y desarrollo, y defiende la postura de la escucha, en la que se induce al otro a trabajar como paciente. No hay criterios de salud, sino de verdad del significante: la verdad se esconde en los significantes.

Un ejemplo se puede observar en el caso de una madre adoptiva, quien pide un certificado de salud mental

que le garantice retener a su hija, ya que se halla en proceso de divorcio con el padre de la niña. La verdad oculta detrás es el temor de que le hagan lo que ella hizo, el robo *versus* la legalidad. Evidentemente, el rapto de un niño es distinto a una adopción, pero en la madre el significante de haberle quitado la hija a otra madre ahora toma un giro donde ella queda como la madre a la que otro le puede hurtar a su hija. El significante, despojar a una madre de una hija, está presente.

La siguiente viñeta puede ampliar estas ideas:

Un hombre de 50 años comienza la sesión manifestando su preocupación por las actitudes seductoras que su hija adolescente tiene con muchachos de su edad. A continuación comenta que su hermana le regaló un coche a su madre; esto le molesta, ya que él deseaba hacer este obsequio. Dice también que él maneja las inversiones y el dinero de dos de sus hermanas y refiere que una de ellas acaba de tener un bebé, a quien registraron con su apellido de soltera porque su pareja no es confiable. Al hablar de este último tema menciona: *El hijo de mi hija, digo, de mi hermana, quedó registrado con su nombre de soltera...*

El lapsus es muy significativo y parece estar relacionado con varias cadenas significantes cruzadas. Ser el padre de la hermana equivale a ser la pareja de la madre, sentido que ya aparecía en la idea de ser él quien dé los regalos a la madre. Registrar al *hijo de su hija* con el nombre de soltera de la hija, es negar parcialmente la sexualidad de ésta y colocarse como el único capaz de tener descendencia. El deseo de derrocar al padre en una línea ascendente también se da en un sentido descendente al pretender ser el único hombre capaz de procrear; esto también se anunciaba en la rivalidad implícita frente a los jóvenes que su hija anhela. El significante parricida e incestuoso se expresa tanto en relación con la madre como con la hija.

Si el analista responde en los términos en que el paciente espera, hablando por ejemplo del libertinaje de los jóvenes o de su generosidad al desear darle el coche a la madre, se obtura cualquier posibilidad de que emerja un nuevo significante que cambie el sentido. Por el contrario, si se fractura el discurso del paciente, se provoca el surgimiento de nuevas significaciones desde el paciente. En este caso, el lapsus aporta la posibilidad ideal para puntuar el surgimiento de un significante que el paciente desea alejar de la conciencia. Una posible puntuación de este discurso sería: *¿El hijo de su hija? ¿El hijo de su hija con apellido de soltera? ¿Su hijo? ¿El hijo de quién?*

Lo que caracteriza al lenguaje humano es la polisemia. Una misma palabra tiene muy a menudo varios sentidos diferentes. La poesía le debe mucho a esa propiedad, al hacer oír en forma frecuentemente concisa las resonancias más diversas. El psicoanálisis sólo va un poco más allá. Lo que un paciente dice no vale sólo por su sentido, que se articula a partir de palabras organizadas en oraciones. A lo que el analista presta atención es a la secuencia acústica misma, a la cadena significativa, que puede recortarse, en el inconsciente, de una manera totalmente distinta (Chemama, 1995:230-231).

Las herramientas técnicas que Lacan propone —escansión, puntuación, señalamientos, entre otros— se orientan a efectuar cortes en la cadena de lenguaje para que aparezcan significantes desconocidos y se produzcan sentidos novedosos; así la emergencia de los significantes proviene del paciente. Respecto de la puntuación, por ejemplo, el analista puede repetir una frase dicha por el paciente, pero puntuándola de manera diferente; el cambio acústico transforma y abre a otras posibilidades de significado.

Poetas atraídos por las aliteraciones y los juegos de palabras conocen bien el intenso efecto que la puntuación tiene en el movimiento de los sentidos. En una hermosa y lúdica

descripción del mundo onírico, Xavier Villaurrutia canta:

cae mi voz
y mi voz que madura
y mi voz quemadura
y mi bosque madura
y mi voz quema dura (Villaurrutia, 1938:26).

En la clínica, las intervenciones no tienen por qué ser largas explicaciones sobre un comportamiento; a veces parafrasear una parte del discurso con distinta puntuación o marcar una representación que se repite, dinamiza la cadena asociativa estimulando el surgimiento de nuevos significantes.

Por ejemplo, una paciente con núcleos melancólicos encubiertos por un funcionamiento hipomaniaco relata un sueño en el que hay un hombre al que se tiene que cubrir con papeles para que no se maltrate porque está poseído; menciona que está *vaciado*,⁴ refiriéndose al carácter chistoso o llamativo de la construcción onírica. Después hace una asociación con las piñatas que son elaboradas colocando varias capas de papel. La paciente no alude al espacio hueco que se encuentra en el interior de las piñatas, la presencia de una ausencia. Un señalamiento que puntúa las varias fluctuaciones que el término de *vaciado* puede suponer sería *las piñatas vaciadas también, o, vaciado el poseído, vaciada la piñata*.

Otro ejemplo:

Un paciente adolescente relata sus fantasías masturbatorias, la erotización incestuosa se comienza a volcar dentro de la relación analítica. En una sesión va a comenzar a relatar nuevamente sus experiencias sexuales y menciona: *es que todo eso del sexo me gusta, usted ya lo sabe*. La narración sobre su sexualidad también parece tener la finalidad de crear un clima excitante conmigo. Yo parafraseo: *Es que todo eso del sexo... Me gusta usted. ¿Ya lo sabe?*

Otra paciente, al comienzo de su análisis, narra que en su infancia reñía con su padre y su madrastra; meses después menciona cómo actualmente pelea con su ex marido, su jefe o sus compañeros. En este caso, una puntuación podría ser: *una pelea más o más peleas, tan conocidas desde la infancia*.

Lacan previene contra el riesgo de quedar atrapado en el discurso repetitivo que no abre variaciones de sentido; cuando esto sucede, el analista está implícitamente invitado a meterse detalladamente en cada uno de los pleitos relatados y, con ello, perder la posibilidad de asir el significante que anuda rígidamente el tejido discursivo.

La denominación *palabra vacía* se utiliza para definir momentos en los que el paciente habla, como en este último caso, una y otra vez de la misma situación dentro del engranaje de significantes inmóviles. Hay un exceso de significado, todo remite a una hipótesis que cristaliza la relación entre significante y el significado. Esta paciente está convencida de que otros no la tratan lo suficientemente bien, como su jefe, quien le exige de más, o los compañeros, que le *cargan la mano*.⁵ Éste es un significado fijo. Lo que rompe es cuestionar y fraccionar las certezas.

Cabe señalar que las patologías más graves están relacionadas con el grado de cristalización o rigidez que se encuentra en la cadena. En la psicosis, los sentidos son inmodificables, concretos. En la neurosis, hay más movimiento, posibilidad de nuevas

cadenas discursivas. Los conceptos de *pulsión de muerte* y *repetición* para Lacan tienen que ver con detener el desplazamiento en la cadena signifiante. La vida es el movimiento de significantes; la pulsión de muerte, el congelamiento.

Opuesta a la esclerosis de los sentidos, a la palabra vacía, está la *palabra plena*, que implica poner en contacto un signifiante con otro que no había aparecido en la cadena de lenguaje. La palabra plena es aquella que da cuenta del sujeto como tal, de su verdad:

El psicoanalista sabe mejor que nadie que la cuestión es entender a qué “parte” de ese discurso está confiado el término significativo, y es así en efecto como opera en el mejor de los casos: tomando el relato de una historia cotidiana por un apólogo que a buen entendedor dirige su saludo, una larga prosopopeya por una interjección directa, o al contrario un simple lapsus por una declaración hartamente compleja, y aun el suspiro de un silencio por todo el desarrollo lírico al que suple.

Una puntuación afortunada [es] la que da su sentido al discurso del sujeto (Lacan, [1953] 1966:242).

El cambio de sentido surge como consecuencia del juego vivaz con los significantes. El objetivo del psicoanálisis en este momento es que aparezca un nuevo signifiante en la conciencia, señal de una modificación en la estructura. Retomando el ejemplo del paciente que comete el lapsus —*el hijo de mi hija*—, significantes que pueden apuntar en varias direcciones, como: el deseo de ser el padre de la hermana, la pareja de la madre, el padre eterno y hombre exclusivo, vencer al padre, entre otros. Subrayé anteriormente que esta idea se relaciona con el presupuesto freudiano de hacer consciente lo inconsciente; en este contexto, el *insight* consiste en entender algo novedoso del discurso.

Para Lacan, el punto medular de un análisis no está en que el analista entienda o sepa, sino en que el paciente produzca nuevos significantes. La escucha permite quebrar las convicciones del paciente para que afloren significantes inusitados. Si uno prescinde de la escucha es fácil equivocarse: “El arte del analista debe ser el de suspender las certidumbres del sujeto, hasta que se consuman sus últimos espejismos. Y es en el discurso donde debe escandirse su resolución” (*Ibid.*:241).

Sin embargo, el proceso no es siempre sencillo o placentero: cuando el analista fractura la palabra, ataca la imagen especular del paciente, la idea que éste tiene sobre sí mismo y el mundo, que está anclada en una construcción narcisista. Por ejemplo, una paciente está convencida de ser una muy buena mujer por estar entregada a cuidar y atender a varias personas a su alrededor; cuando se le señala en su propio discurso que el signifiante de atender y cuidar aparece vinculado con “ser necesitada” y ella no necesita, aparece en la escena no solo su generosidad y buena intención para los demás, sino el deseo de ocupar un lugar de superioridad y autosuficiencia.

El discurso es la explicación narcisista que el paciente da sobre su conducta, en el que asume el rol del sujeto que sabe. El cuestionamiento del narcisismo del paciente puede dar como resultado un estado de frustración o agresividad. Esta paciente no se va a sentir muy contenta de encontrar que hay otras intenciones, no tan puras ni magnánimas, como las que ella suponía en sí misma.

Mecanismos del lenguaje, mecanismos del inconsciente

Cuatro años después del *Discurso de Roma*, en su brillante texto “La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud”, Lacan ([1957] 1966) explica la arbitrariedad de la relación entre el significado y el significante. Un significante puede remitir a varios significados. No hay un significado predeterminado: el significante tiene la primacía. Es en la relación de S1 con S2 (la relación entre significantes que conforman la cadena) donde se produce So (el significado), que es el resultado de los vínculos entre los significantes. El objeto se constituye por efecto del lenguaje: “Es toda la estructura del lenguaje lo que la experiencia psicoanalítica descubre en el inconsciente” (*Ibid.*:474-475).

El lenguaje no es únicamente una representación fonética, sino simbólica. Ésta es la forma en que el inconsciente está estructurado. Sus formaciones, como los lapsus, los actos fallidos, los olvidos, los sueños y los síntomas, son producciones de lenguaje. La metonimia y la metáfora son los mecanismos fundamentales del lenguaje, semejantes al desplazamiento y a la condensación que Freud estableció como los componentes del funcionamiento del inconsciente. La metonimia opera por contigüidad y conexión asociativa; es tomar la parte por el todo. La metáfora sustituye a un significante por otro, tomando su lugar en la cadena asociativa.

El deseo circula por los caminos anudándose mediante las construcciones metonímicas y metafóricas. Ejemplifiquemos esta idea:

Un hombre con una prominente carrera de ejecutivo narra su interés de pertenecer a un consejo directivo que tiene a su cargo la supervisión de varias empresas; no obtendrá ganancias económicas de esta tarea y sabe que le tomará tiempo que él necesita para otras actividades. Sin embargo, hablando del tema dice “tengo que ocupar una silla ahí”; la frase en sí misma tiene un carácter metonímico, significa estar incluido y ser uno más. Cuando el paciente describe quiénes son los actuales miembros del consejo, las cosas quedan aún más claras, ya que se trata de figuras pertenecientes a una élite de poder y prestigio que, entre otras características, le doblan la edad.

“Ocupar una silla ahí” es una expresión que revela metonímicamente ciertas líneas del deseo; podemos pensar, entre otras, que implica tomar el lugar de un padre poderoso con el que el paciente continuamente se compara, que la castración está asignada a quienes no tienen el privilegio de ser parte del gran consejo o, en otras palabras, que la silla es el falo deseado, el significante que alude a la completitud narcisista.

Podemos ver que Lacan no traduce analógicamente los símbolos, incluso critica cierto tipo de interpretaciones que no observan las concatenaciones particulares que aparecen en el discurso. No hay sentidos análogos, sino mecanismos de lenguaje que conforman la cadena significativa. El significante *silla* se articula en un recorrido totalmente personal con el significante *hombre poderoso* o con el significante *falo*.

La metáfora es el otro mecanismo que muestra el encadenamiento de los significantes.

Ilustraré esta idea con el sueño de un hombre de 35 años que llega a análisis porque se siente *estancado y detenido* en la vida. Nunca ha tenido una experiencia sexual a pesar de tener pareja; la explicación que da a esto atañe a razones religiosas. Su desarrollo profesional no es el que él desearía y continúa viviendo en la casa de los padres. Relata el siguiente sueño: *Había un avión en las calles de Nueva York, no podía despegar porque era tan grande que el piloto no podía elevarlo*. Al hablar de Nueva York, lo asocia con los *grandes rascacielos*.

Más allá de las múltiples interpretaciones que este sueño pueda tener, llama la atención la alusión representada figurativamente en *el avión que no se eleva, los rascacielos de Nueva York, lo grande versus la incapacidad de despegar*, su sensación personal de estar *estancado y detenido*, y la falta de actividad sexual que más tarde en el tratamiento aparece vinculada con un temor de no tener una *gran erección*. Sus propias palabras ofrecen un material riquísimo de interpretación; no hace falta que el analista aporte nuevos sentidos desde fuera, sólo que muestre cómo se enlaza a su discurso.

Lacan critica que se piense que el quehacer analítico consiste en aportar acepciones y pareceres desde la posición de analista; censura las interpretaciones a nivel del sentido, donde éste se crea a partir de lo que el analista ofrece.

A Lacan le preocupa sobremanera que el analista no incluya significaciones ajenas al paciente; la actitud analítica ideal sería la de *jugar al muerto*. Las técnicas de intervención que mencioné anteriormente persiguen, entre otras cosas, este objetivo: se puntúa, señala o escande tratando de interferir lo menos posible con sentidos subjetivos y particulares no pertenecientes al analizando. Sin embargo, hay una elección del analista al optar sobre el punto en que se interviene dentro de la cadena discursiva y, aunque no se desee, la alternativa conlleva en sí un sentido aportado. No da lo mismo escandir en un sitio o en otro, ni puntuar ciertas palabras y otras no. El analista no escapa de una participación donde se juega su lectura personal. Cada vez queda más claro, incluso en las disciplinas científicas contemporáneas, que el observador está incluido dentro del campo y que interactúa para crear, modificar e influir sobre el objeto de estudio.

Me parece que lo valioso de esta idea consiste en propiciar un interés y un cuidado de no sobrecargar el contexto clínico con sentidos teóricos, juicios personales, anhelos, temores y demás construcciones individuales. Esta proposición es similar a la preocupación expresada por Bion de estar intoxicados de teorías y de que la mejor actitud para atender al paciente es *sin memoria ni deseo*.

Asimismo, considero de gran utilidad técnica el énfasis en la escucha del analista, la atención prestada a la conexión de los significantes y la utilización de los mismos significantes del paciente en la interpretación. Comenté en el capítulo sobre Klein el primer sueño relatado por una paciente depresiva que comienza su análisis; veamos ahora este material desde la perspectiva lacaniana. Recordemos el sueño:

Entro a la casa de mi madre, tengo hambre y me dice que vaya al refrigerador. En el refrigerador hay un cadáver asqueroso en descomposición, solo en una pequeña esquina hay un poco de comida. Mi mamá me dice que no lo deje salir porque podrían pasar cosas peligrosas. En la misma sesión la paciente relata las sensaciones de frialdad en sus vínculos y la insatisfacción generalizada que tiene en sus relaciones.

La idea de seguir el ordenamiento de los significantes invita a señalar cómo parece que aquel muerto sale del refrigerador a enfriar peligrosamente otros ámbitos de su vida.

Las interpretaciones que se construyen desde los significantes del paciente, aun con el enfoque de otras escuelas que no sostienen todo el marco teórico-técnico lacaniano, tienen un efecto mucho mayor que cuando el analista utiliza sus propios referentes.

Regresando a Lacan, queda claro que para él síntoma y deseo se explican con base en las leyes del lenguaje que rigen el inconsciente. El síntoma es construido mediante la

metáfora, mientras que el deseo circula por los significantes metonímicamente. El síntoma toma un lugar simbólico expresando sentidos; Freud entendió esto claramente. En el caso Dora, por ejemplo, la tos y la afonía son comprendidas como una desfiguración del deseo de *fellatio*. Lacan resalta una de las ideas presentes en el pensamiento freudiano: el valor del significante en la formación del síntoma. Al relatar el tratamiento de Dora, Freud señala:

Cuando le pregunté si aludía al uso de otros órganos que los genitales para el comercio sexual, me dijo que sí; y yo pude proseguir: sin duda pensaba justamente en aquellas partes del cuerpo que en ella se encontraban en estado de irritación (garganta, cavidad bucal). Por cierto, no quiso saber nada de que sus pensamientos pudieran llegar hasta ahí —y, si eso debía posibilitar el síntoma, tampoco podía ella tenerlo totalmente en claro—. No obstante, era irrecusable que las cosas debían completarse así: con su tos espasmódica, que, como es común, respondía al estímulo de un cosquilleo en la garganta, ella se representaba una situación de satisfacción sexual *per os* entre las dos personas cuyo vínculo amoroso la ocupaba tan de continuo (Freud, 1905:43).

Previamente, Freud explica que en Dora había una tendencia a *chupetear*; el placer oral estaba íntimamente vinculado con la representación de satisfacción genital y el síntoma (cosquilleo en la garganta, tos, afonía) representaba metafóricamente una satisfacción sustitutiva del deseo sexual.

En cuanto al deseo, Lacan enfatiza que éste no se localiza en un objeto determinado, está permanentemente insatisfecho a causa del desplazamiento natural de significantes. En el caso del paciente que desea *ocupar una silla*, es probable que si llegara a tener ese lugar anhelado, pronto desarrollaría otra aspiración similar, por ejemplo, ser miembro del club social al que pertenecen los otros admirados, tener el tipo de casa o carro que aquellos hombres de prestigio poseen, en fin, un sinnúmero de inclinaciones y apetencias que son creaciones del movimiento metonímico del deseo.

El deseo anuncia la falla presente entre el significado y un significante. Nunca un significante va a aprehender al significado, existe una distancia insalvable entre éstos, una escisión. El sujeto está escindido a partir de la palabra y del lenguaje, y es a través de éstos como se explica el deseo: “si el síntoma es una metáfora, no es una metáfora decirlo, del mismo modo que decir que el deseo del hombre es una metonimia. Porque el síntoma es una metáfora, queramos o no decírnoslo, como el deseo es una metonimia, incluso si el hombre se pitorrea de él” (Lacan, [1957] 1966:508).

En este sentido, Lacan critica el *pienso luego existo* cartesiano, frase que alude a la posibilidad de capturar el ser. El sujeto no *es* cuando piensa, ya que en esta actividad es cruzado por significantes que no dan cuenta cabal de su deseo ni de lo que es. E incluso, como se explicó anteriormente, los significantes que el sujeto utiliza para denominar aquello que supone su deseo, son asignados excéntricamente por y desde otro.

Se plantean dos problemas: el espacio entre el deseo y el sujeto, y la adjudicación del deseo por otro. De la preocupación por estos temas y de la comprensión más precisa sobre las reglas del lenguaje surge la segunda idea de cura u objetivo en el análisis: que el sujeto sea capaz de aprender a leer sus mecanismos. En todo caso, retomando lo anterior, el sujeto no *es* cuando piensa, sino cuando se da cuenta de cómo es pensado.

Se abandona el propósito inicial de *llenar* los huecos de la cadena significante; no es

posible una anamnesis total, es mejor asimilar las leyes del lenguaje que rigen el inconsciente. Se pretende que el sujeto descubra en sí mismo las formas de metaforizar y construir metonimias, que aprenda a leerse y se convierta en lector de su discurso. La meta del análisis está en hacer conciencia de la alienación del sujeto: donde me desconozco tiene que advenir mi identidad como conciencia de sujeto en estructura. Esta segunda propuesta se liga a la idea freudiana según la cual el yo, como una instancia regida por el proceso secundario, debe ganarle terreno al ello, gobernado por el proceso primario;⁶ en este caso, el sujeto, conocedor de los mecanismos que lo dominan, debería conquistar el territorio del ello.

En “La dirección de la cura y los principios de su poder”, escrito en 1958, Lacan continúa esta idea: convertir al paciente en el lector de sí mismo. En este texto, critica las posturas de diferentes intervenciones psicoanalíticas y sus conceptos de cura en el análisis: “bajo el nombre de psicoanálisis muchos se dedican a una reeducación emocional del paciente” (Lacan [1958] 1966:565).

El saber que el analista ha de transmitir va más allá y está referido a las leyes del lenguaje. La labor analítica central es la de ser lector; el paciente se identifica no con el analista como sujeto, sino con la función de hacer una lectura del discurso. Las interpretaciones no buscan sentidos ocultos, no dicen la verdad, simplemente introducen algo que permite la traducción del significante. Lacan insiste en interpretar lo dicho, no lo tácito; la interpretación siempre ha de estar apuntalada en significantes, esto es, en la palabra del paciente. En un pasaje donde critica a Kris por la omisión de la interpretación de los significantes, Lacan comenta:

la idea de que la superficie es el nivel de lo superficial es a su vez peligrosa. [...] Otra topología es necesaria para no equivocarse en cuanto al lugar del deseo. Borrar al deseo del mapa, cuando ya está recubierto en el paisaje del paciente, no es la mejor continuación que se puede dar a la lección de Freud. Ni el medio de terminar con la profundidad, pues es en la superficie donde se ve como un herpes en los días de fiesta floreciendo en el rostro (*Ibid.*: 581-582).

La superficie y profundidad en términos del inconsciente no son planos contrapuestos.

Una pequeña de nueve años acude a consulta, entre otras cosas, por un problema de obesidad. Llega a sesión trayendo consigo un camión de juguete; toma su caja, saca los cochecitos que en ella se encuentran y los coloca al lado de su vehículo. Resulta evidente que en la comparación los autos aparecen ridículamente pequeños, se vuelve a verme y me dice: *¿Ya viste? Qué chiquitos, ¿verdad?* Y ríe. Le hago un señalamiento referido a la diferencia de tamaño con el carro que ella trae consigo. Coloca entonces los autos en línea y con el camión pasa por encima de ellos una y otra vez riendo a carcajadas.

No resulta difícil percibir la relación de significantes que existe entre los tamaños y los lugares de inferioridad-superioridad; el juego expone claramente el enlace presente entre el significante dimensión respecto de los significantes poder, fuerza, importancia, estatus o dominio.

La producción lúdica está atravesada por significantes que aclaran muchas de las preguntas que en la clínica yo me hacía sobre esta paciente. Uno de los aspectos que me llamaban la atención era el aparente poco interés que ella le daba a su peso, el cual nunca parecía representarle un inconveniente. A través de este juego se manifestó que concede

gran valor al peso, pero no como un elemento indeseable, sino, por el contrario, es un significante ligado a otros de gran estima. El sobrepeso aparece vinculado a la grandiosidad, al triunfo sobre otros, a la superioridad.

Anteriormente, Lacan pensó que había una verdad, un significado en el encadenamiento de significantes que determinan al individuo. En este momento supone que si hay alguna verdad, ésta debe ser estructurante: el sujeto barrado, en otras palabras, la fractura entre la cadena de significantes y el significado inasible como tal. Por lo tanto, considera un error adentrarse en la interpretación de sentidos que son impuestos externamente al paciente. Como ejercicio podríamos pensar que, en el caso recién mencionado, las intervenciones tendrían que dirigirse a mostrar la línea asociativa por la cual la niña le da a la obesidad y a la superioridad el mismo valor. Las interpretaciones que se orientan a inundar de sentidos el juego son ineficaces, ya que es el sujeto, desde su lugar, quien tiene que responder a su propia verdad.

Recordemos que las formas de interpretación lacaniana apuntan a movilizar el discurso y, en este segundo momento de la cura, a posibilitar los medios para que el paciente se lea a sí mismo; las interpretaciones transferenciales son fuertemente criticadas. Lacan piensa que el analista no puede dar cuenta del deseo del paciente, y que intervenir asignándose sentidos en el vínculo equivale a funcionar como un oráculo para el paciente.

El sujeto en análisis debe descubrir lo inasequible de su propio deseo y el tránsito que éste toma por una cadena de significantes totalmente personal. La metáfora y la metonimia son mecanismos que se aprenden a reconocer como los vehículos por los que el deseo y el significado se desplazan. Dos elementos son esenciales y están entrelazados: el descubrimiento de la inaccesibilidad al significado en sí mismo, que implica que el sujeto asuma la ruptura que lo habita estructuralmente, y el entendimiento de los mecanismos por los cuales su deseo se coloca en una multiplicidad de formas y situaciones.

El sujeto de la enunciación

Posteriormente, en 1960, Lacan (1966) formula las bases de lo que configura su última propuesta de fin del análisis. No basta con que el sujeto conozca las leyes que rigen su discurso, sino que se reconozca como *sujeto de enunciación*, no del enunciado. *¿Quién habla? Diga ¿por qué? ¿Por qué dice?* son preguntas que el ejercicio analítico inaugura; el sujeto es invitado a decir y a decir por qué dice. Se interroga así, en última instancia, al deseo.

Hay un sinnúmero de situaciones en las cuales uno puede observarse a sí mismo o a otros, desconociendo y repudiando los propios contenidos mentales: una pesadilla atormentadora, síntomas indeseables comprendidos como producto de enfermedades que nada tienen que ver con el psiquismo, lapsus que se viven como ajenos, ocurrencias que se consideran resultantes de influencias ambientales, en fin, una interminable gama de circunstancias que muestran cómo hay una tendencia a desligar el sentido personal que se juega en cada una de las creaciones de la mente.

Sin duda, entre las grandes virtudes de Freud se encuentran el valor y la osadía que muestra al mirarse a sí mismo: es loable observar su determinación y fuerza cuando reconoce que su deseo interviene en una pesadilla sobre la muerte de su hijo, la cual soñó luego de pasar una semana anhelante en espera de noticias sobre la condición de éste, quien se hallaba en el frente.

La profundización del análisis me permite hallar la moción escondida que pudo satisfacerse con el temido accidente de mi hijo. Es la envidia a la juventud, que los mayores creen haber extirpado de raíz; y es innegable que precisamente la fuerza de la emoción penosa en caso de que ese accidente realmente ocurriera hace salir a la luz, como su sedante, ese cumplimiento de deseo reprimido (Freud, 1900:552).

Freud comprende que hay un deseo que lo habita; empero, esto no significa que voluntariamente anhele la muerte de su hijo. Él lo ama, pero reconoce el deseo filicida en un movimiento metonímico: envidia su juventud, quisiera ser el hijo y no el padre que envejece.

Nada es ajeno en las producciones del individuo. El análisis convoca a que el paciente se haga cargo de la enunciación y que se reconozca en el ejercicio de ésta. La enunciación se refiere al proceso por el que un sujeto puede reconocer como propio todo lo que de él emana, mientras que los enunciados son expresiones que se refieren a elementos conocidos, los cuales permiten elaborar la tesis de un saber capturable y se dirigen a la construcción de un solo sentido.

En el caso del sueño de Freud, la inquietud por el hijo en la guerra y el inminente riesgo del combate podrían ser las causas explicativas del sueño; el enunciado sería el de un padre comprensiblemente preocupado por su hijo. Sin embargo, ser sujeto de la enunciación y no del enunciado implica asumir que el sueño no solo es producto de mortificaciones conscientes, sino que el motor fundamental proviene de un deseo.

El enunciado solo da cuenta de un aspecto, es parcial. El sujeto se encuentra escindido, capturado en un sinfín de deseos contradictorios y paradójicos que lo habitan. Freud ama a su hijo y sería una dolorosa tragedia que algo le ocurriera. Sin embargo, puede entender la complejidad de la psique, que alberga distintas motivaciones. Ubicarse en el lugar de la enunciación es advertir la presencia de deseos que aparecen gracias a las estructuras discursivas.

Se afina uno de los temas fundamentales en el pensamiento lacaniano: el deseo y su vinculación con el lenguaje. El deseo no es una apetencia sino un elemento organizador que instaura un orden a través de la estructura signifiante. El lenguaje muestra al deseo y da cuenta de él, pero no lo captura. La posibilidad de desear se da gracias al lenguaje, pero el lenguaje no puede aprehender al deseo.

La falta es un efecto del lenguaje: al nombrar al objeto, el sujeto necesariamente le pifia. [...] si el deseo es indestructible es porque los significantes particulares en los que un sujeto viene a articular su deseo, es decir, a nombrar los objetos que lo determinan, permanecen indestructibles en el inconsciente a título de “huellas mnémicas” dejadas por la vida infantil. ¿Quiere esto decir que el psicoanálisis se atiene a esa verdad de que los neuróticos viven de ficciones y mantienen su insatisfacción? (Chemama, 1995:91).

La relación del sujeto con su deseo se basa en la falta, en la imposibilidad constitutiva de asir el deseo, ya que éste siempre es deseo de otra cosa, por la circulación estructural

que el lenguaje confiere.⁷ Afirmar que el deseo de juventud de Freud, de rivalidad hacia la vitalidad del hijo, es lo que impulsa la formación del sueño, tan solo es un acercamiento, pues en el mismo momento en que se advierte tal deseo, éste escapa por el camino metonímico del lenguaje.

No hay un hecho puntual, la realidad es incompleta porque la matiza el deseo dinámico e incapturable. Así, por ejemplo, no se puede suponer que si una madre le dedica más tiempo a su hijo, éste no va a experimentar frustraciones; siempre habrá algo que falte. Se puede protestar por la inseguridad en la ciudad de México, lo costoso que es Nueva York, lo caluroso de Mérida, y así sucesivamente.

En este periodo del pensamiento lacaniano se contempla que la estructura del inconsciente puede considerarse *como un* lenguaje, pero no *es* el lenguaje. La escisión o fractura es intrínseca a la estructura, la subjetividad es un producto de ser sujeto del lenguaje: “¿Quién habla cuando se trata del sujeto del inconsciente? Pues esta respuesta no podría venir de él, si él no sabe lo que dice, ni siquiera que habla, como la experiencia del análisis entera nos lo enseña” (Lacan, [1960] 1966:780).

El deseo se refiere a la falla del lenguaje; paradójicamente, se articula en él, pero existe y circula gracias a que es inasible. Por una parte, el deseo supone una estructura simbólica (representaciones, significantes); por otra, no está totalmente atrapado en el lenguaje. Hay una fractura en la que el lenguaje no captura el significado, éste no existe como tal; remite a otra cadena de significantes y tiene que ver con diferentes sentidos.⁸ Gracias al lenguaje, el deseo se reorganiza en una estructura lógica, y la tarea psicoanalítica ya no se sostiene exclusivamente en el lenguaje, sino en la lógica del deseo.

Mientras Freud supone que el objeto de deseo está perdido, Lacan cree que es inexistente, es la falta. La segunda idea de cura, que apunta a que el sujeto reconozca los mecanismos por los cuales se expresa el deseo, no es suficiente. El sujeto debe reconocerse en el deseo, aunque a ciencia cierta no sepa cuál es. El trabajo analítico tiene que ver con descubrirse habitado por el deseo, aunque no se le domine.

Que el individuo se haga cargo de su deseo no significa necesariamente que lo satisfaga o lo frustre; éste es un problema de orden moral. El interés analítico se orienta a conocerlo y soportarlo. No hay una propuesta de *liberación* del inconsciente, sino un reconocimiento de las *otras partes* de la fractura.

Con la idea de la escisión y la falta en mente, Lacan critica la idea filosófica de un sujeto absoluto, totalizable o completo. Retoma las ideas de Hegel en la *Fenomenología del espíritu*, sobre el *espíritu absoluto* y la *astucia de la razón*. El absoluto es el espíritu que no tiene conciencia de sí mismo; es la astucia de la razón, el sujeto humano, por medio de la cual el espíritu puede tener conciencia de sí. La capacidad de conocerlo *todo* anularía el sentido de ser del sujeto. La *subversión del sujeto* alude a la falta de unificación, lo que se *subvierte* o deshace es la idea del sujeto como unidad (*Ibid.*:777). “La promoción de la conciencia como esencial al sujeto en la secuencia histórica del cogito cartesiano es para nosotros la acentuación engañosa de la transparencia del yo (*je*) en acto a expensas de la opacidad del significante que lo determina” (*Ibid.*:789).

El deseo, enigmático y supeditado a un orden exterior, es el elemento por el que el

individuo se muestra indiscutiblemente fracturado. La relación del sujeto con el deseo es compleja, ya que el otro (*a*) y el Otro (*A*) son los que lo han enunciado. Anteriormente, mencioné que quienes rodean al sujeto imprimen significantes conformando así las identificaciones imaginarias, especulares:

De entrada, por supuesto, el acento recae sobre el lugar y la función de aquellos en relación con los cuales se forma el deseo del niño: madre, padre, e inclusive, en una dimensión de rivalidad, hermanos y hermanas [...] el niño constituye su yo (*moi*), en toda una dimensión de desconocimiento, a través de mecanismos de identificación con la imagen del otro (Chemama, 1995:309).

Sin embargo, hay otra línea que cruza al sujeto, su relación con *A*: un *Otro* que no es un semejante y está más allá de las representaciones del yo (*moi*), imaginarias y especulares. Es un orden anterior y externo, una organización que estructura al individuo y lo inserta en un lugar específico. Remitiendo a la teoría freudiana, se puede ubicar este ordenamiento en el Edipo; la regulación edípica permite articular y distinguir las generaciones y los sexos.

Para Lacan, el orden edípico transita dentro del lenguaje, único campo donde es posible codificar las relaciones de parentesco y de diferencias sexuales. La *castración* no es comprendida como mutilación real o representación de desmembramiento, sino como la operación de lenguaje por medio de la cual se limita y ordena el deseo del sujeto. El *Nombre-delPadre* es un signifiante que remite al padre simbólico que sostiene la prohibición estructurante (*Ibid.*:309, 312).

También *A* alude a la totalidad, es el mundo de certezas del paciente. Lacan sabe que es imposible no tener absolutos, que en el imaginario se lucha por mantenerlos, pero esto impide colocarse en el terreno de la enunciación.

Cuando un paciente acude a análisis, es porque su relación con *A* entra en crisis y anhela borrar la falla que en *A* se ha presentado. Un sujeto no llega a análisis si su relación con *A* es estable.

Por citar algunos ejemplos, mencionaré al empresario próspero, exitoso y seguro que comienza con palpitaciones en el pecho y se preocupa por la vulnerabilidad de su salud; la mujer que cifra su estabilidad en el matrimonio y comienza a dudar si su marido la engaña; el hombre que sostiene una impecable conducta en relación con lo que supone que la familia y la Iglesia esperan de él, pero se siente estancado e infeliz a sus 36 años.

Todo analista puede hacer un recorrido mental por sus casos y encontrar un *absoluto fracturado* que acompaña a los pacientes en la petición de análisis: la *inconsistencia del Otro* que atañe profundamente al sujeto.

En un primer momento, el análisis propone que todo tiene sentido: promete un *A*. La regla de asociación libre coloca desde el paciente, espontáneamente, al analista en el lugar de *A*; implica un *yo sé*, es el lugar del *sujeto supuesto saber*. La función interpretativa le otorga al analista el estrato de *sujeto de la enunciación*, como el oráculo con Edipo. Esto se advierte constantemente en la clínica. Es notable cómo los pacientes reordenan las interpretaciones y los señalamientos hechos por el analista; los terapeutas nos preocupamos por la alteración y reinvención que nuestras intervenciones sufren, pero este reacomodo indica cómo el analista ocupa el lugar de *A* que el paciente le asigna.

Un paciente habla de su trabajo y explica que los compañeros y él tienen problemas con el jefe, al que no quieren. En un momento del discurso en que se queja de tener que seguir órdenes, comete el siguiente lapsus: *Como el jefe* (en lugar del término *empleado*) *soy yo, tengo que hacer lo que me dicen*. El lapsus es señalado y en la siguiente sesión, dos días después, comienza diciendo: *Como usted me dijo la vez anterior que yo siempre me quiero poner como el que manda*. Al terminar de contar un sueño, una paciente dice: *No vaya usted a creer que esa mujer que aparece es mi mamá*. Otra, al hablar de un conflicto que tiene con su hermana, menciona: *Esto no tiene que ver nada con los celos, se trata de otra cosa*.

En la brillante y compleja explicación que Lacan ofrece del *grafo del deseo*, se advierte que el interlocutor del paciente es *A*, frecuentemente ubicado en la figura del analista. El paciente produce su novela familiar, un ordenamiento personal que se le imprime a la historia desde el imaginario, la sostiene como su verdad y le adjudica al analista el lugar del *Otro* de quien espera una reafirmación.

En el proceso analítico, lo que el paciente recibe en palabras se refiere a su propio discurso. A través de un lento camino, el análisis muestra que es el sujeto quien enuncia, no el analista. Aunque existen respuestas, se cuestionan las verdades absolutas, lo cual conduce a transformar la relación del paciente con *A*. Las interpretaciones, puntuaciones, señalamientos y escansiones son violentas porque fracturan el estado de certidumbre; son intervenciones que permiten colocar al sujeto en el lugar de la enunciación. El paciente, poco a poco, comprende que él es quien actúa como *A* para dar sentido y producir la novela familiar. Él debe hacerse cargo de la interpretación del significante.

Por eso la cuestión del Otro que regresa al sujeto desde el lugar de donde espera un oráculo, bajo la etiqueta de un *Che vuoi?* (¿Qué quieres?), es la que conduce mejor al camino de su propio deseo, si se pone a retomarla, gracias al *savoir-faire* de un compañero llamado psicoanalista, aunque fuese sin saberlo bien, en el sentido de un: ¿Qué me quiere? (Lacan, [1960] 1966:794).

El fantasma es la respuesta a la pregunta ¿qué desea *A*?; es ahí donde está el deseo. El sujeto desea complacer el deseo del *otro* y del *Otro*, pero éstos son, en realidad, una interpretación personal. El deseo es el deseo del *Otro*, pero éste termina siendo siempre una construcción fantasmática. Las frases que el *Otro* asigna son reordenadas desde el imaginario, y el sujeto tiene que responsabilizarse de tal proceso. El deseo se encuentra en la interpretación desde el imaginario: una vez que esto se reconoce, se deja de ser el sujeto del enunciado para ser el sujeto de la enunciación.

Cuando el paciente se interroga sobre el deseo del analista, puede entonces preguntarse sobre su propio deseo. Primero aporta sus formaciones fantasmáticas; más tarde toma conciencia de que éstas son su deseo. Así, el individuo se coloca frente a sus enunciados y los interpreta.

Lo novedoso en el análisis no es la entrada de significantes insólitos, sino la postura del sujeto frente a los significantes que lo habitan, lo cual inaugura un universo inesperado. El mundo se transforma cuando el discurso cambia. Éste es un elemento de *creacionismo* dentro del análisis, una especie de *renacimiento* en el que el sujeto instaura su nombre propio.

Frases como *al final del análisis hay un incurable* o *al final del análisis hay un sujeto identificando al síntoma* aluden a que ningún análisis cura del deseo a un sujeto y a la necesidad de que éste se reconozca en su síntoma.

El sentido que tiene el análisis es cuestionar las verdades asignadas a *A*, que se ha puesto a sí mismo. La meta no es solo descubrir cuáles son los significantes escondidos y que el paciente entienda los mecanismos de su inconsciente para leerse, sino que se convierta en sujeto de su propia enunciación.

El fin del análisis tiende a que el individuo sea capaz de tener ideales, que crea en absolutos, y que, simultáneamente, sepa de las inconsistencias. Este momento coincide con la deposición del analista del lugar de *A*. Tal vez algunos síntomas persistan, pero se asume que ahí está el deseo. El sujeto se reconoce dominado, pero establece otro tipo de lazo consigo mismo.

Observaciones

La teoría lacaniana parte en principio de varios presupuestos subyacentes:

- a) La lingüística de Saussure de 1917.
- b) Ideas relacionadas con Hegel.
- c) El enfoque estructuralista francés que tuvo lugar en la década de 1950.
- d) La influencia de Heidegger.

Sin embargo, como toda teoría, a medida que el contexto cambia, lógicamente se modifica. En la actualidad ha quedado atrás el estructuralismo riguroso de las ciencias sociales y la lingüística, pero en aquel tiempo este marco de pensamiento le sirvió a Lacan para sostener la idea de que la identidad está determinada por el lugar que ocupa alguien en la estructura, como en el ajedrez, donde el rango de peón o alfil está dado no por la forma de la pieza, sino por la posición que ocupa en el tablero: por la estructura.

Para el modelo estructuralista, las reglas del lenguaje definen al sujeto y al deseo. Uno de los aspectos positivos de esta teoría es que permite investigar los lugares donde el individuo es colocado y con los cuales construye buena parte de su identidad. No obstante, presenta al mismo tiempo la dificultad de asignarle demasiado peso a la estructura y al lenguaje, restando importancia a la vida emocional. Igual que Lévi-Strauss pondera en el análisis de una cultura los sistemas legislativos que la regulan y no toma en cuenta otros fenómenos como los afectos individuales, Lacan enfatiza predominantemente la estructura que determina al sujeto.

A medida que cambian las teorías, cambia el psicoanálisis. Todo modelo debe apreciarse en su contexto histórico, bajo la perspectiva de las influencias que lo rodearon. Estamos inmersos en un contexto epistemológico que influye en el campo psicoanalítico. La práctica enseña que la clínica tiene una relación no tan lineal con la teoría y que hay muchas variantes. Desde una perspectiva más posmoderna y menos positivista, se piensa que las teorías no se demuestran, sino que encuentran referentes descriptivos.

Gracias a Lacan se entiende, entre otras cosas, el deslizamiento del deseo, un área de insaciabilidad en la mente que se mueve inexorablemente y cada vez que se obtiene algo hay un giro hacia algo nuevo. Melanie Klein lo llama *voracidad*, y cree en un área de la mente incapaz de ser completada.

La escuela lacaniana aporta ideas brillantes que tienen gran vigencia. Hay analistas con quienes me identifico, que retoman propuestas de Lacan sin adherirse totalmente a la técnica que él sugiere. Nociones como que la identidad se construye en una dinámica intersubjetiva; la identificación del niño con el deseo de los padres; la agresión relacionada con la ruptura de una imagen narcisista; el sujeto inconsistente o fracturado por el deseo; la metáfora en las producciones inconscientes o la estrategia de la puntuación enriquecen los vértices de comprensión y la técnica psicoanalítica.

Recapitulando, ¿qué es para Lacan el cambio psíquico?

En un primer momento, Lacan plantea que los significantes se repiten en una cadena asociativa fuera del control consciente y atrapan al sujeto en una determinada identidad. El significante es inscrito por el deseo de otro; precede, representa y determina al sujeto. La primera idea de cura, entonces, consiste en llenar los huecos, encontrar los significantes que faltan en la cadena. No se trata de atribuir sentido, sino de desentrañar significantes. El objetivo psicoanalítico, en este momento, se enfoca en que aparezcan significantes inéditos, que se haga consciente lo inconsciente.

En la segunda idea de cura, interesa que el paciente reconozca sus mecanismos en las formaciones del inconsciente, que logre leerse en su propio discurso y se sepa un sujeto barrado. Esta idea procede de comprender que los mecanismos del lenguaje y del inconsciente son los mismos: la metonimia y la metáfora. Es a partir de éstos como se articulan los significantes, construyendo así la cadena discursiva en la que se entreteje la identidad.

En un tercer momento, Lacan propone que el individuo está escindido, dentro de él se albergan deseos incompatibles. Ser *sujeto de la enunciación* significa reconocerse en todas las producciones que emanan de sí, incluso en las que se consideran más despreciables. El deseo del sujeto es el deseo del *Otro*. Sin embargo, este deseo es interpretado desde lo *imaginario*, es una construcción *fantasmática*. Convertirse en *sujeto de la enunciación* —y no del enunciado— implica asumir el reordenamiento personal de aquello que inicialmente aparece como un absoluto.

Como mencioné al inicio de este capítulo, el pensamiento de Lacan está incluido en este libro debido al estatuto que sus ideas tienen y a la envergadura de su teoría en la historia del psicoanálisis. Clínicamente, hay conceptos sumamente valiosos que pueden enriquecer el quehacer del analista, independientemente de si éste comulga o no con la totalidad de su modelo teórico-técnico.

NOTAS

*Agradezco a Modesto Garrido por compartir, generosa y claramente, su conocimiento sobre la obra lacaniana.

¹ Muchas nociones estudiadas a lo largo de la presente obra están en contradicción con el pensamiento global de Lacan; conceptos tales como la *transferencia-contratransferencia*, *los afectos*, *lo preverbal* y *lo temprano en el desarrollo*, entre otros, son ideas opuestas a la teoría que Lacan propone de la mente.

² El significante es un elemento del discurso que representa al sujeto y lo determina (Chemama, 1995:403). Es un aspecto significativo del discurso que determina los actos, las palabras y el destino del sujeto sin que él lo sepa

(Roudinesco y Plon, 1997:996).

³ Los significantes determinan la experiencia afectiva. Esta afirmación lleva a autores como André Green a escribir *El discurso vivo* (1973), texto en el que critica que en la obra lacaniana se haya relegado el afecto, o bien a Julia Kristeva a acusar esta postura, calificándola de extremista, y denominarla el *imperialismo del lenguaje*, haciendo hincapié en la imposibilidad de suscribir el ámbito emocional a la palabra.

⁴ En México la palabra *vaciado* suele usarse como sinónimo de simpático o gracioso.

⁵ Expresión utilizada para denotar un abuso o presión excesiva.

⁶ Idea desarrollada a partir del “Yo y el ello” en 1923.

⁷ En esto consiste la diferencia esencial que Lacan establece entre necesidad y demanda. El deseo deriva en un primer momento de lo manifiesto y concreto: de la necesidad. Sin embargo, se separa de ésta constituyendo la demanda, que entraña el aspecto inalcanzable del deseo.

⁸ Hablar del problema de la existencia del significado, basado en la idea de que todo en el lenguaje es una cadena que remite a otro significante, plantea una dificultad en el campo de la filosofía, la lingüística y la epistemología: en última instancia, el riesgo está en incurrir en un nihilismo, doctrina que niega cualquier base objetiva de verdad.

La escena analítica

El vínculo y el progreso emocional*

Origen y evolución del concepto de transferencia

El trabajo analítico se despliega en una relación dual. El vínculo entre paciente y analista sostiene y posibilita el progreso emocional: sin relación no hay análisis ni cambio psíquico. La jerarquía y el manejo técnico otorgado al vínculo cambia según los diferentes momentos en la historia del psicoanálisis y las corrientes teóricas. Freud ya intuía la importancia de la relación paciente-analista antes de comprender sus efectos específicos y teorizarla. En 1895, habla por primera vez del tema e intenta definirlo, se refiere a la *falsa conexión* o *mésalliance* (Freud, 1895:103), es decir, la forma en la que los pacientes transfieren deseos y representaciones inconscientes a la figura del médico. No obstante, el concepto aún estaba lejos de ser considerado parte integral de la cura. La transferencia se entendió como un desplazamiento, una repetición con el analista que obstaculizaba el proceso porque impedía recordar los aspectos conflictivos de la infancia.

Fue a partir del caso Dora cuando Freud modificó su concepción. La experiencia fue dolorosa: ella interrumpió el tratamiento y lo inundó de erotización y abandono. Dora reprodujo con él pautas de conducta y fantasías que el trabajo analítico previo reveló parcialmente. Este duro tránsito sirvió a Freud para comprender que en el vínculo se actualiza el conflicto infantil del paciente. El estatus de la transferencia cambió radicalmente, tornándose en un instrumento privilegiado en el análisis.

Los conflictos, afectos, deseos y formas de vincularse se transfieren al analista, y el paciente se comporta tal como lo hacía con figuras de la infancia. El concepto de *transferencia* se liga así a la idea de repetición de un pasado olvidado y, al ser el objetivo fundamental del análisis freudiano recuperar los recuerdos, la transferencia se vuelve indispensable, ya sea para reconstruir (Freud, 1937) o para llenar los huecos de la amnesia infantil (Freud, 1914).

El desarrollo de la noción de transferencia se enlaza con la forma en que Freud experimentó y comprendió sus propios vínculos transferenciales. Las actitudes de Breuer y Freud ante la seducción y el erotismo de las histéricas despertaron reacciones intensas en ambos; Breuer intentó evadir las ansiedades que le suscitaban los encantos de Anna O: cuando el síntoma histérico pasó de ser impersonal a volcarse en un interés sexual dirigido a su persona, interrumpió el tratamiento, se fue de viaje y embarazó a su esposa (Szasz, 1963).

Por su parte, Freud pretendió en un principio distanciarse del ímpetu afectivo en el contacto con las pacientes: en una carta a su prometida sostenía que situaciones como las acontecidas a Breuer no le sucederían a él. Sin embargo, varias veces experimentó el

impacto emocional que las pacientes generaban y finalmente, con Dora, dio el paso decisivo hacia la construcción conceptual de estas experiencias. En el magnífico texto *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia* (Freud, 1914), exploró el efecto que la erotización del paciente tiene sobre el análisis.

Autores como Meltzer (1978:51-52) piensan que, gracias a su concepción sobre la transferencia, Freud toleró al Hombre de las Ratas, quien constantemente lo atestaba de agresiones. Freud se sostuvo firme y comprensivo bajo la convicción de que la violencia que el paciente manifestaba, correspondía al odio hacia su padre. Pensó que si el Hombre de las Ratas hubiese recordado la rabia que le tenía al padre, no lo habría insultado ni a él ni a su familia. La transferencia le permitió resistir los embates iracundos del paciente.¹

Ahora bien, Freud circunscribió el valor de la transferencia a un instrumento técnico; no la valoró como la base de una relación que en sí misma tiene el poder de reeditar lo infantil, ni como una manera de modificar las relaciones de objeto internas.

Fueron los seguidores de Freud quienes resaltaron el papel del analista y de la transferencia como un elemento relevante en la cura. Hay dos vertientes básicas que pueden advertirse: en la primera se abre la idea de transferencia para incluir el concepto de *identificación*. En ésta, el análisis en sí desata y despliega el juego identificatorio; así, se manifiestan los conflictos intersubjetivos de la infancia, reales o fantasmáticos. La segunda se refiere a la escuela de las relaciones objetales, en la cual el vínculo analistapaciente se vuelve un paradigma de las modalidades de relación con los objetos, ya sean parciales o totales (Laplanche, Pontalis, 1968:442-445).

Freud relacionó el concepto de transferencia con el pasado, lo ligó principalmente a lo patológico y a las situaciones conflictivas infantiles que se repiten con el analista. Esta línea de pensamiento propició que se considerasen los aspectos del carácter no conflictivos fuera del ámbito transferencial. Las controversias y cuestionamientos que surgen a partir de las primeras concepciones sobre la transferencia continúan planteándose hasta hoy en torno de las siguientes cuestiones:

- ¿La transferencia abarca exclusivamente lo patológico?
- ¿Las expresiones caracterológicas se pueden considerar como transferencia?
- ¿Es válida la oposición entre transferencia y realidad?
- ¿Cómo mantenemos la noción de transferencia en la actualidad?
- La consideración de la transferencia exclusivamente desde el criterio de repetición del pasado infantil, ¿interfiere en el estudio de la relación total entre analizado y analista?

Estas preguntas guiarán las ideas expuestas a continuación. Robert Langs (1981), analista estadounidense y estudioso de las distintas perspectivas históricas y geográficas vinculadas con el tema, compiló artículos sobre técnica psicoanalítica escritos desde Freud hasta la actualidad. Incluye a autores estadounidenses, ingleses y latinoamericanos. Su clasificación pone de manifiesto los debates fundamentales que se han desarrollado sobre la materia: textos sobre transferencia, no transferencia; contratransferencia, no

contratransferencia; alianza e interacción. A grandes rasgos, señalaré que hay tres campos de argumentación sobre los que se define la transferencia:

1. Como un fenómeno patológico de distorsión de las percepciones reales;
2. Como un proceso en el que se transfieren todos los aspectos emocionales, positivos y negativos, reales e imaginarios;
3. Como el espacio emocional que implica todo el vínculo con el analista.

Cabe mencionar que proponer una división como ésta implica fragmentar la realidad y excluir aspectos del problema.² La agrupación de las diferentes modalidades de entender la transferencia quizás es arbitraria, pero es conveniente para fines didácticos.

Las fronteras de la realidad

Dentro de la primera línea mencionada, la transferencia se vincula con los aspectos patológicos de la personalidad. Es por esto que, para dar cuenta de los fenómenos no conflictivos de la relación paciente-analista, se precisa del desarrollo de otros conceptos, como *la relación real con el analista* o *la alianza terapéutica*. Mediante estas nociones se pretende englobar los componentes válidos, reales y no distorsionados de la interacción analítica.

Desde un cierto punto de vista, se puede decir que la relación real es una repetición del pasado, aunque no selectiva ni fantaseada, ni inapropiada. En ese caso, la relación objetal se constituiría por partes reales y partes transferenciales. El paciente percibe los aspectos reales del analista paralelamente a las distorsiones transferenciales; es capaz de captar esta parte basándose en la observación de su persona y de su trabajo. Las distorsiones son lo transferencial, la percepción correcta es lo real. Según esta postura, resulta evidente que la transferencia se considera el aspecto conflictivo de la relación, es decir, lo “distorsionado” (Greenson, 1971).

Este punto fue motivo de crudas controversias en la historia del psicoanálisis. Basta recordar el encarnizado enfrentamiento que tuvo lugar en el Congreso de París en 1973: Ralph Greenson criticaba que Herbert Rosenfeld sostuviera que toda manifestación desarrollada por el paciente fuera interpretada como transferencia y proponía que ciertos contactos con éste no eran transferenciales.

Greenson investigó los aspectos no transferenciales del paciente en su relación con el analista y mantenía una posición contraria a quienes totalizaban la transferencia en dicho vínculo. Estableció criterios para diferenciar entre reacciones apropiadas e inapropiadas y definir la parte realista de la relación analítica. Se opuso a la tendencia kleiniana de tomar toda respuesta significativa del paciente como transferencial y aseveró que el manejo adecuado de las interacciones no transferenciales resulta fundamental para el tratamiento analítico. La alianza terapéutica es realista; ocurre gracias a la transferencia, pero, sobre todo, a la relación “real” que el paciente establece con el analista. Ésta permite que el vínculo terapéutico se fortalezca y que el paciente no huya a causa de una transferencia negativa intensa. Entre sus recomendaciones técnicas, indicó que es conveniente

informar al paciente, al comienzo del análisis, que experimentará una gran variedad de sentimientos transferenciales y también genuinos. La analizabilidad de un paciente depende de que pueda establecer un mínimo de relación real.

En su introducción a los artículos sobre la “no transferencia”,³ Langs señala que las transacciones personales se conforman tanto de lo inconsciente y patológico como de lo consciente y constructivo. Para los teóricos afines a esta técnica, los aspectos creativos y positivos del paciente se desarrollan en el área de la relación con la persona real del analista.

Harold Searles, uno de los analistas con mayor experiencia en el campo de la psicosis y la esquizofrenia, afirma que incluso el psicótico hace esfuerzos reparatorios que el analista tiene que reconocer. Éste es un punto de vista similar al de Greenson, cuando establece una diferencia entre la relación transferencial y la no transferencial. Considera que aun el paciente más grave tiene intenciones constructivas hacia su analista, aspectos inconscientes positivos que, de no atenderse, agravan la psicosis porque se niegan las posibilidades reparatorias.

Para Searles, el esquizofrénico o psicótico no accede a un proceso de individuación; queda simbiotizado en un esfuerzo reparatorio hacia algún miembro de la familia. La necesidad de independencia personal se opone a los *deseos terapéuticos* que el psicótico vierte hacia sus familiares. En el análisis, la forma de contacto simbiótico con intenciones reparatorias aparece dirigida hacia el analista y el tratamiento apunta a revivir este proceso en el que el paciente quedó detenido patológicamente. El proceso analítico transcurre en periodos cuando el analista hace contacto con sus propios aspectos simbióticos e indiferenciados, el paciente introyecta las partes enfermas del analista y le proyecta los aspectos fuertes de su yo para curarlo.

Así, se vuelve común en estos casos reexperimentar contratransferencialmente estados emocionales arcaicos y confusos, en los que se revive la propia relación temprana simbiótica con la madre. La ayuda que se pueda brindar al paciente dependerá en gran medida de la capacidad del terapeuta para estar en contacto con sus propios sentimientos dependientes-simbióticos, en lugar de actuarlos y proyectarlos. La experiencia indiferenciada por la que el psicótico hace transitar a su analista, debe ser admitida como un esfuerzo terapéutico por parte del paciente y las interpretaciones deben dar cuenta de ello. El presupuesto de que el analista es sano y el paciente enfermo se modifica; este último desarrolla un auténtico interés y preocupación por su terapeuta y manifiesta intentos restauradores que sostienen la capacidad primaria para amar.

Uno de los temores fundamentales de estos analistas es pasar por alto los aspectos constructivos del paciente. Centrar las interpretaciones en los factores patológicos de la personalidad conlleva el riesgo de no hacer justicia a los componentes valiosos de la personalidad del paciente. Éste es un problema que cualquier analista tomaría en cuenta, aunque lo conceptúe de otra manera.

Por ejemplo, desde la perspectiva kleiniana, se considera que cualquier relación, tanto patológica como creativa, implica tácitamente un vínculo con los objetos internos. La transferencia no solo consiste en repetir lo arcaico o infantil, sino en expresar y

manifestar las relaciones con objetos internos. Los analistas que retoman esta línea de pensamiento acordarían no interpretar exclusivamente lo patológico del vínculo; Klein misma señalaba que mostrar un solo lado del conflicto agrava la escisión. Si el analista se enfoca en interpretar la transferencia negativa, es decir, los aspectos conflictivos que se ponen en juego en la relación, se fomenta una disociación en el paciente. Es indispensable darse cuenta en el análisis de los aspectos colaboradores y positivos del paciente.

Para todo analista sensible, más allá de la corriente teórica que adopte de manera predominante, es importante reconocer el *insight* y los avances del paciente, sus esfuerzos reparatorios y constructivos. Un elemento a tomar en cuenta en esta área vital del paciente es el desarrollo de la capacidad autoanalítica. La identificación con el ejercicio analítico constituye un elemento central del proceso y requiere ser advertida. La capacidad de autoobservación que el análisis genera puede verse como no transferencial, pero también puede considerarse como parte del fenómeno transferencial en tanto que conforma un aspecto del vínculo introyectivo entre paciente y analista.

La discriminación de los usos y sentidos que se atribuyen a la transferencia es importante, porque los objetivos del análisis variarán según cómo ésta se comprenda. La meta puede no encaminarse únicamente a solucionar la neurosis de transferencia, sino a reemplazarla con una relación real. De acuerdo con este punto de vista, la relación de objeto se vuelve total en la medida en que no solo se corrija la distorsión causada por la neurosis, sino que se contacte con las cualidades reales del analista.

Hay teóricos que sobreponen los conceptos de *transferencia* y *neurosis de transferencia*, a pesar de que son nociones diferentes. Así, la transferencia alude a la repetición de sentimientos o reacciones pasadas; es general y no se dirige en exclusiva a la figura del analista, sino que está presente en todas las relaciones. La transferencia está siempre presente y activa en el análisis; la neurosis de transferencia se refiere a la reedición de la neurosis original con el analista.⁴ En este sentido, los efectos de la transferencia en el proceso analítico son únicos. El contenido y la intensidad de las reacciones transferenciales dependen de si la situación analítica favorece la reedición de lo infantil con el analista. Se distinguen tres modalidades en el vínculo paciente-analista: la neurosis de transferencia, la transferencia ordinaria y la relación paciente-doctor, que equivale al elemento real, no transferencial (Bird, 1972).

Puede considerarse que la transferencia es la repetición de pautas infantiles, en ocasiones patológicas, que distorsionan las percepciones, pero en ese caso, los términos *transferencia* y *realidad* se tornan necesariamente incompatibles; por ende, es necesario explicar un tipo de relación que se desarrolla en el análisis, libre, en apariencia, de fuentes de distorsión que provienen de la infancia.

Muchos autores apuntaron en esa dirección:⁵ es peligroso afirmar, sostienen, que todo lo que el paciente expresa es transferencia, ya que el analista puede usarla como defensa frente a sus propios aspectos patológicos. En este mismo sentido, puede añadirse que existen interpretaciones transferenciales subjetivas que le sirven al analista como salvaguardia frente a su propia realidad contratransferencial. El riesgo que estos autores

coinciden en señalar es el uso de la transferencia como medio de sortear la contratransferencia. Si el analista se encuentra enojado o erotizado, puede adjudicarle al paciente sentimientos hostiles o sexuales y pensar que toda reacción emocional que experimenta es producto de la transferencia.

Estas críticas y preocupaciones están más relacionadas con la eficiencia clínica del analista que con las construcciones teóricas en sí: la capacidad que el analista tenga para manejar su contratransferencia no depende solo de su teoría, sino de su habilidad introspectiva. La transferencia ampliada per se, entendida como la expresión espontánea de la estructura caracterológica, no constituye en sí misma un concepto que lleve a manejos clínicos inadecuados.

En su libro *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Horacio Etchegoyen (1986:219-223), con la erudición y claridad que lo caracterizan, plantea aspectos fundamentales para comprender este tema. Explica que Greenson, líder intelectual en el pensamiento psicoanalítico estadounidense de los años sesentas, fue quien propuso una primera diferenciación entre neurosis de transferencia y alianza de trabajo y, más tarde, reconoció que la alianza de trabajo involucra un fenómeno transferencial deslibinizado y desagresivizado. A su vez, realiza una división tripartita en la relación paciente-analista: por una parte se encuentra la transferencia, por otra, la alianza de trabajo y, finalmente, la “relación real”, que implica lo no distorsionado y lo genuino del vínculo.

Etchegoyen recuerda que en el Congreso de Roma, en 1969, Paula Heimann apuntó que la idea de transferencia de Greenson es muy estrecha, dado que los aspectos positivos de la relación contienen elementos transferenciales que se suman a la confianza o transferencia básica. La alianza de trabajo tiene que ver con lo que otros autores prefieren llamar, precisamente, *transferencia básica*, la cual corresponde a la confianza básica que el infante tiene en sus objetos, y que lo ayuda a sobrevivir. Sin este elemento, el paciente no emprendería un análisis. En otras palabras, podemos afirmar que incluso aspectos como la alianza de trabajo están sostenidos por experiencias tempranas positivas que se repiten en la relación con el analista.

La demarcación de la realidad es un tema que preocupó a muchos analistas interesados en rescatar los aspectos constructivos del paciente, en salvaguardar al paciente del mal uso —o abuso— del concepto de contratransferencia y en precisar teóricamente el lugar de la transferencia. Sin embargo, este mismo interés de rigor clínico, ético y conceptual se encuentra en teóricos de distintas corrientes.

Se puede cuestionar, desde luego, qué vamos a entender por transferencia y qué por realidad; pero una vez que dejemos de discutir sobre esto, tendremos que reconocer que nuestra tarea consiste en contrastar dos órdenes de fenómenos, dos áreas de funcionamiento mental. Podremos llamarlas, según nuestras predilecciones teóricas, verdad material y verdad histórica, fantasía y realidad, tópica de lo imaginario y lo simbólico, área de conflicto y yo autónomo; pero siempre estarán (Etchegoyen, 1986:222).

La realidad psíquica puede ser tomada en un sentido más o menos amplio. Las perspectivas que comprenden el psiquismo de manera extensa, donde los vínculos, las conductas y afectos son entendidos como expresión de los estados mentales y de las relaciones objetales internas, sostendrán una visión de transferencia que rebasa lo

patológico y lo que se le refiere al analista de forma directa. Esto lleva a la siguiente manera de plantear el concepto.

Transferencia ampliada, transferencia implícita

Según este punto de vista, la transferencia abarca el despliegue del mundo interno y las manifestaciones de los estados mentales del sujeto. Se amplía la idea y el sentido inicial que Freud asignó a la transferencia.

A partir del concepto kleiniano de *realidad psíquica poblada de objetos*, tan actual y concreta como la realidad externa, el concepto de transferencia toma, de modo inevitable, otro estatuto. La disociación entre pasado y presente se suspende; las relaciones actuales que un sujeto tiene dependen del juego de los objetos internos. El estado mental y la estructura de personalidad son resultado de la dinámica de los objetos en la realidad psíquica, la cual se manifiesta espontáneamente en los vínculos del paciente con otras personas. El espacio analítico, por sus características, posibilita el despliegue y comprensión de los fenómenos transferenciales.

El concepto de transferencia se expande; en él están contenidas todas las manifestaciones —patológicas y no patológicas— de la estructura psíquica del paciente. No se trata de colocar al analista en un lugar omnipresente desde el cual se ve girar al paciente, sino comprender que todas las expresiones de este traducen una fantasía o estado mental sostenido en un tipo de relación de objeto.

Betty Joseph (1985:452-454) estudió el tema de la transferencia-contratransferencia, considerando estos conceptos en su forma ampliada. Sostiene que la transferencia es un ámbito donde se puede observar el nivel de estructura psíquica del paciente. La transferencia es una relación dinámica y viva en la que se hacen presentes las modalidades de funcionamiento infantil, las fantasías, los impulsos, las defensas y los conflictos. Las formas de expresión transferencial suelen rebasar las asociaciones verbales del paciente; frecuentemente es a través de la contratransferencia como el analista toma noticia de ellas.

Los aspectos de la personalidad que permiten un adecuado trabajo en el proceso del análisis y que son interpretados como la parte no transferencial o de alianza de trabajo por otras escuelas, se entienden como la transferencia de los elementos “adultos” que posibilitan el vínculo. Donald Meltzer (1967:22) asegura que tanto en niños como en adultos se da una escisión del *self*, en la cual un nivel de la mente es más maduro. Éste se forma a partir de las identificaciones introyectivas con los objetos internos adultos y, por lo tanto, le nombra “parte adulta” de la personalidad, la cual contrasta con el aspecto infantil de la mente.

Como parte del proceso analítico y del objetivo del análisis, Meltzer piensa que es necesario propiciar una alianza con la parte adulta de la personalidad. En el mejor de los casos, este segmento de la mente gana terreno y control sobre las demás áreas y objetos de la mente. En última instancia, la parte madura de la mente es la que desarrolla la capacidad de autoanálisis y el progreso emocional.

Ejemplificaré estas ideas con los pormenores de un caso.

Se trata de un hombre de 45 años de edad, exitoso, competitivo, con rasgos de carácter narcisistas. El paciente devalúa mis interpretaciones sutilmente; cuando le doy una idea, él responde con otra que considera más acertada y completa. No desprecia de forma directa lo que le ofrezco, pero lo desestima, pues considera que él puede darse una mejor explicación. Recuerda que cuando era pequeño le pedía ayuda a su padre con tareas escolares de matemáticas y física, materias en las que el papá era especialista, y pasaba largas horas discutiendo con él sobre los diferentes métodos para solucionar los problemas. Por lo regular, estos quehaceres terminaban en encandiladas polémicas.

No sería difícil suponer, desde cualquier corriente teórica, que lo que al paciente le sucede en la relación analítica tiene que ver con el vínculo competitivo que tenía con su padre. El paciente repite el conflicto de rivalidad fálica en el análisis. Claramente, eso es transferencia.

La controversia se sitúa en el plano que comprende lo no conflictivo o patológico. Este paciente también suele llegar a tiempo, no falta y, por momentos, hace silencios reflexivos. Los autores que discuten las nociones de alianza de trabajo y de la relación “real” con el analista pensarían que el paciente también se relaciona a través de percibir al analista como alguien que tiene algo significativo que decirle, al que tiene que escuchar, atender y buscar, ya que es una persona que se interesa genuinamente por él. El trabajo en la neurosis de transferencia hace que el área de “relación real” cobre mayor fuerza.

Otra manera de comprender la situación, desde la perspectiva de la transferencia ampliada, es pensar que el paciente hace una transferencia tanto de los aspectos infantiles competitivos, como de los aspectos adultos en los cuales desea hacer una pareja creativa con el analista. O bien, una transferencia infantil, en la cual la rivalidad es contenida por la parte adulta de la mente y el paciente se puede colocar como un niño que sabe que necesita ser nutrido por el analista. Por un lado, es aquel niño desafiante y, por otro, es la parte madura que frena a su adversario, haciéndole ver que si se calla y escucha puede enriquecerse.

De acuerdo con las ideas que Meltzer expone, se puede pensar que si el paciente está acudiendo a análisis, no llega tarde y hace silencios reflexivos, se debe a que tiene una relación nutricia con un objeto interno, aunque de forma paralela tenga aspectos desde su *self* infantil que atacan a los objetos parentales.

Una de las revisiones más completas de la noción de transferencia fue desarrollada por Joseph Sandler y un equipo de colaboradores en 1969. Al igual que Klein, estos autores mencionan que la transferencia tiene sus bases en las relaciones objetales tempranas, y buscan ir más allá de la concepción clásica. Señalan que para Freud la transferencia se encuentra presente en toda relación, pero que es descubierta y expuesta a través del psicoanálisis (Sandler *et al.*, 1969:634-635).

Afirman que la concepción de la transferencia puede variar dependiendo de si se le considera desde un punto de vista teórico o técnico. Con base en ello, proponen clasificar el uso del concepto de transferencia en cuatro apartados:

1. La transferencia entendida clásicamente como la puesta en escena del conflicto pasado que se revive con la persona del analista.
2. La manera habitual en la que el paciente se relaciona; este concepto está ligado a la

idea de carácter. En este sentido, la transferencia tiene que ver con la manifestación de los rasgos y pautas que conforman la estructura de personalidad. Todas las actitudes, reacciones y conductas del paciente entran en juego en el vínculo con el analista desde el primer momento de encuentro. Esta concepción es similar a entender la transferencia como producto espontáneo de los estados mentales y la estructura.

Una mujer suele estar involucrada en situaciones triangulares, de celos y exclusión. En las primeras sesiones del tratamiento, le dice a su analista que acaba de leer un libro muy interesante que explica y aclara todo lo que le sucede. Rápidamente introduce al analista en un lío de celos y construye una tríada: están ella, el libro que tanto le ayuda y el analista. La inoculación de celos y exclusión en el terapeuta es algo esperado, producto de su estructura caracterológica, de la conformación estructural de sus vínculos objetales.

3. La relación con el analista como una persona real, en la que el analista es un yo auxiliar y el paciente lo percibe como quien satisface la necesidad. El analista es un objeto que restituye, completa y repara funciones deficitarias. Esta idea se enlaza con el concepto de *new beginning* o de *experiencia emocional correctiva*, principalmente en relación con pacientes que sufrieron deprivaciones infantiles.

De forma más incluyente diré que el tratamiento psicoanalítico, incluso para pacientes que no presentan fallas en la estructura de la personalidad, no solo se entiende como un método para resolver conflictos, sino como un proceso por medio del cual se adquieren nuevas funciones mentales. El paciente se beneficia tanto por la solución de su problemática más inminente, como por desarrollar capacidades emocionales y obtener un enriquecimiento global de la personalidad, que no fue lo que en una primera instancia lo llevó a buscar ayuda.

4. La transferencia primaria, que reproduce la relación arcaica con los objetos, principalmente la madre, y se vincula con la necesidad de contacto. Éste es un factor esencial, como ya se mencionó anteriormente, en el desarrollo de la alianza terapéutica. También, entendida desde otros modelos, esta transferencia primaria es la generadora de ansiedades y problemáticas que se vuelcan en el vínculo analítico y deben ser rastreadas sutilmente por el analista.⁶

Esta clasificación permite advertir que la transferencia pasó de ser un concepto técnico importante a ocupar un lugar decisivo en la metapsicología y la clínica de las teorías de relaciones objetales.

La transferencia aparece en etapas tempranas del tratamiento: toda comunicación del paciente tiene una parte transferencial y su análisis debe basarse en el aquí y ahora de la interacción analítica. Está presente en el paciente que asocia libremente y, en apariencia, sin resistencias. Una de las funciones del analista consiste en permitir que la transferencia se exprese con libertad para facilitar su interpretación. La tentación de “huir” de la transferencia es un riesgo necesario de advertir. Cuando toma formas de una relación emocional perturbadora puede ocasionar que tanto el paciente como el analista quieran evitarla. Una manera de evadir la eclosión transferencial es mantener las interpretaciones

en un ámbito del pasado, o bien, respecto de fenómenos externos al territorio clínico (Gill, 1979). El territorio extratransferencial, donde se habla de situaciones que no tocan la relación, es sin duda más cómodo; pero lesiona el proceso porque impide una modificación dinámica que solo tiene lugar dentro del vínculo analítico.

Las resistencias tanto del paciente como del analista para percatarse de la transferencia, constituyen otra fuente de preocupación, ya que para ambos implica un esfuerzo hacerse cargo de ésta, sobre todo cuando se torna hostil o sexualizada. En la situación analítica deben interpretarse las alusiones transferenciales disfrazadas; es necesario propiciar que la transferencia implícita se vuelva explícita. El encuadre analítico favorece la expresión de la transferencia y de emociones fuertes, pero es el analista quien tiene que abrirlas y darles un lugar.

Hay una diferencia entre transferencia explícita e implícita. El analista detecta la transferencia explícita fácilmente; ésta aparece en el material y conlleva una referencia a la figura del analista, es asequible porque es directa. La transferencia implícita es un fenómeno no evidente; se discierne a partir de datos conductuales y las más de las veces, como menciona Betty Joseph (*Ibid.*:454), desde las experiencias contratransferenciales del analista.

Como ejemplo, mencionaré el caso de una paciente que soñó con una casa. Al describirla, se percató de que es una casa similar a la mía, solo que pintada de otro color. En el interior había una mujer que le recuerda a su madre, pero con el pelo parecido al mío. El aspecto transferencial es explícito, los personajes están condensados y hay una referencia directa a la analista. En este caso, se puede advertir con facilidad que se alude a la figura analítica. Sea cual fuere la interpretación, es sencillo incluir el elemento transferencial.

En contraste:

Una mujer muy amable y afable en el trato, comprometida con su proceso analítico, no falta, llega a tiempo, presenta sueños y asociaciones. El análisis parece marchar bien. En las sesiones, le doy una interpretación y ella suele contestarme que le parece muy interesante; empero, después me da una alternativa a lo explicado en las interpretaciones. Hay sesiones en que, al terminar, me percato de que no tomó en cuenta ninguna de las ideas propuestas. Sin embargo, siempre prevalece el clima cordial en el que ella no tarda en responderme de manera afirmativa, para después tergiversar las interpretaciones o desdenarlas.

La sensación contratransferencial que conservo es la de no ofrecerle lo suficiente. Una transferencia implícita, paralela a la positiva, se infiltra en la atmósfera del tratamiento: la rivalidad y competencia silenciosas. Me pareció que tal vez yo representaba para ella una rival a quien demostrarle su saber y capacidad, alguien a quien secretamente devaluaba y frente a quien se agrandaba autosuficientemente para no necesitar del vínculo.

Cuando le hablé acerca de esto y trabajamos un poco el tema, ella contó un sueño en el que *sobre una calle había una camioneta vieja, grande y pesada, estacionada a la orilla de la acera. Debía hacer grandes esfuerzos por echarla a andar; la camioneta era como un gran bloque inamovible y, mientras tanto, a su lado pasaban cochecitos veloces que se movían con gran soltura.*

El sueño, entre otras cosas, reveló la situación de competencia en la que ella se encontraba. Los cochecitos representaban hermanitos con los cuales se comparaba: ágiles y maravillosos por su velocidad. Hay, entre otras cosas, un fenómeno de idealización. A

modo de antítesis, la camioneta semejaba un aspecto de su *self*, en el que ella se agranda, deja de ser un pequeño coche para ser una camioneta, aunque detenida. La sensación de estar atorada y llevar un gran peso retrataba el clima emocional en el que ella se encontraba comúnmente: en sus propias palabras, su vida no se *echa a andar* bien. Su agrandamiento se vinculaba con el robo de funciones y cualidades maternas; en sus asociaciones describió la camioneta como el tipo de auto utilizado por las señoras para llevar a sus hijos. Este fenómeno también tenía lugar en el análisis: ella se colocaba en el lugar de analista para autointerpretarse. Se le dificultaba ubicarse como paciente y, por lo mismo, no era capaz de incorporar las interpretaciones.

Las ideas de *transferencia implícita*, *transferencia espontánea* y *transferencia como expresión natural del carácter o del estado mental*, son términos que se asemejan y denotan la fantasía siempre presente en el vínculo con el analista. En el psiquismo hay libretos conformados por constelaciones objetales que se expresan constantemente. La trama interna de mi paciente se manifestaba sutilmente en su trato hacia mí; mientras ella ocupara el lugar de madre-analista, estaba condenada a estar detenida por la imposibilidad de incorporar aquello que la podía mover y hacer crecer. Su sensación vital de estancamiento, el sueño y la transferencia tácita que se desarrolló en el vínculo son versiones distintas del mismo argumento.

Este modelo de comprensión clínica se inscribe en la línea de interés de varios autores y tiene su base en la idea de la *interpretación mutativa* de Strachey (1934). La efectividad al interpretar la transferencia radica en que el paciente espera del analista una reacción similar a la recibida de sus objetos anteriores, aguarda perpetuar la repetición y ésta no se da. Por una parte, el contenido de la interpretación que decodifica la expectativa del paciente le informa sobre su fantasía, pero esto cobra un carácter que rebasa con mucho el saber intelectual, porque el analista rompe la redundancia y le muestra al paciente su deseo de situarlo en la repetición. El *insight* y la nueva experiencia confluyen. El mayor impacto resulta no solo de la transmisión verbal, sino de la experiencia insospechada que se gesta en el vínculo. Strachey concluye que únicamente las interpretaciones de la transferencia son transformadoras, porque actúan simultáneamente en la dimensión atemporal de la estructura psíquica y sobre el aquí y ahora de la relación actual.

Menciono lo anterior no sin señalar que para interpretar la transferencia de manera adecuada, es necesario tomar en cuenta la parte genética y la extratransferencial. Etchegoyen (*Ibid.*:388-389) define con gran precisión este punto y denomina *interpretación completa* a la que abarca el aspecto infantil, el actual y el transferencial. En la viñeta anterior trabajé con mi paciente dos ámbitos: el del conflicto actual, manifestado en el molesto sentimiento de detenimiento vital, y el transferencial. La interpretación se enriquece cuando estos aspectos se enlazan con experiencias infantiles, en las que ella reemplazaba activamente a la madre.

En el ejercicio analítico el terapeuta se entrena en rastrear la transferencia, apoyándose en su contratransferencia, y en vincular ésta con los conflictos infantiles y presentes del paciente. Esta tarea, debo decirlo, es ardua y compleja. Citaré un par de ejemplos que

reflejan la dificultad para discriminar los elementos transferenciales.

Una colega comenta el siguiente caso:

Una mujer joven ha descrito cómo durante su infancia presenciaba la conducta promiscua de su madre. La paciente dormía en el mismo cuarto que su mamá y se le solicitaba abandonar la habitación cuando ésta recibía a alguno de sus amantes. Ella conocía bien las historias de romance de su madre y curioseaba constantemente sobre los detalles amorosos. La paciente le confiesa a la terapeuta que ella misma suele invitar a parejas para hacer tríos sexuales. Al mes de tratamiento, la paciente menciona que decidió entrar a una terapia Gestalt porque le parece interesante probar dos opciones simultáneas.

La colega pregunta si no tendría que prohibirle entrar a la terapia Gestalt porque se amenaza la intimidad del proceso psicoanalítico. Pasa inadvertido el elemento de repetición —trío sexual y trío terapéutico— que se desarrolla no solo con el analista, sino con el encuadre mismo. Frecuentemente, el terapeuta espera las manifestaciones transferenciales directas, pierde de vista que la relación que el paciente hace con el encuadre en sí es una manifestación transferencial. La negativa de algunos pacientes a aceptar el número de sesiones propuestas, las rupturas poco graves del encuadre, los pedidos especiales, etcétera, son expresiones de fantasías transferenciales.

Otro caso presentado por un colega:

El terapeuta refiere que tiene un paciente muy competitivo, con una profunda rivalidad en el vínculo terapéutico y, por supuesto, en todas sus relaciones. El paciente relata cómo se pelea con el jefe, con los compañeros de trabajo, cómo intenta mostrar los mejores proyectos y ganar a toda costa. Un día, al llegar a sesión dice: *He estado pensando que usted habla muy poco; usted tendría que hablar más. A mí a veces me deja hablando mucho tiempo y tendría que explicarme más cosas, contarme también algo de usted para que yo lo conozca mejor y le tenga más confianza.*

El colega opta por explicar la neutralidad del análisis y la asociación libre. Lo que escapa a su mirada es cómo el paciente crea un escenario desafiante donde se invierten los papeles. Debajo de una demanda aparentemente ingenua y benévola se esconde el deseo de subvertir los lugares o hacerlos simétricos: analizando y analista cuentan su vida por igual.

La transferencia se puede teorizar desde muchos ángulos, influye en el marco referencial con el que el analista se siente más identificado y al que considera más significativo. Sin embargo, con cualquier modelo de transferencia, ya sea diferenciándola de una “relación real” o tomándola como un todo, el ejercicio esencial radica en discriminarla e interpretarla. A continuación expondré brevemente el punto de vista de algunos autores que consideran que el término de *transferencia* queda rebasado cuando se intenta dar cuenta de la interacción analítica como una relación total.

Interacción-relación total

Existe una continuidad en los conceptos de *interacción*, *transferencia* y *relación total con el analista*. La idea de *interacción terapéutica total* se aparta de la visión del analista como alguien neutral, y se establece como parte del objetivo analítico construir una relación de objeto total.⁷

Langs piensa que la interacción entre paciente y analista abarca todas las dimensiones de la situación y experiencia analítica; es la manera más actual de comprender el acercamiento psicoanalítico. La interacción se sitúa como eje central del análisis. Hoy el psicoanálisis se aboca al estudio de toda la relación emocional entre analizando y analista.

Las ideas acerca de la interpretación mutativa sostienen que el analista será un nuevo objeto y creará circunstancias distintas. En este sentido, el análisis es una nueva edición y conlleva el desarrollo de una interacción diferente. Cuando el analista interpreta transferencialmente, cumple dos funciones: produce *insight* y da un modelo de cómo pensar. Se introyecta como un nuevo objeto. Un planteamiento similar sería pensar que el desarrollo del yo se basa en la relación con un nuevo objeto; la identificación con la función analítica es fundamental para configurar un cambio en la estructura yoica (Loewald, 1960).

Por su parte, Searles (1975), al introducir el término *simbiosis terapéutica*, propone que tanto el paciente como el analista se enriquecen de la relación transferencial. La meta del análisis es lograr la individuación y resolver las fijaciones en el desarrollo yoico; para esto, los elementos inconscientes constructivos tanto del paciente como del analista son indispensables. Sostiene que el psicótico tiene la capacidad de percibir e introyectar inconscientemente aspectos buenos y malos del analista. Las interpretaciones transferenciales que reconocen el esfuerzo reparatorio de parte del paciente motivan la capacidad primaria para amar; por el contrario, no reconocer la actividad reparatoria resulta dañino.

Concebir la situación analítica como un campo bipersonal supone que los mecanismos centrales son tanto la identificación proyectiva del paciente como una contraidentificación proyectiva del analista. Hay una fantasía inconsciente compartida y lo que surge en la sesión es producto de la interacción. Las fantasías del analista y del analizando difieren al principio del análisis, pero, a lo largo del proceso, se aproximan. El *insight* ocurre cuando las fantasías del analista y del paciente coinciden; se define dentro de la perspectiva de campo: analista y paciente comparten una experiencia en común que es vivida como positiva (Baranger, en Langs, 1981:343-349). “El *insight* analítico es el proceso por medio del cual la comunicación de una situación paralizada, parásita o simbiótica cambia a una comunicación objetal mediante un proceso discriminativo” (Baranger y Baranger, en Langs, 1981:350).

Los autores interesados en esta línea de pensamiento toman en cuenta los aspectos personales que el analista aporta al proceso. El vínculo se construye activamente desde el lugar analítico y está fuertemente influido por los elementos que entran en juego de parte del terapeuta. Otra de las vías posibles para abordar el tema de la interacción entre paciente y analista es a través de la contratransferencia.

Contratransferencia

La investigación que el terapeuta hace de sus afectos en resonancia con el paciente es un área desarrollada por analistas posteriores a Freud. Él pensó que la contratransferencia era un obstáculo para el tratamiento, pues surgía de los aspectos conflictivos no

analizados del propio analista. En 1915, señala que la neurosis del analista limita el campo para observar y comprender al paciente. Como se ha mencionado, Meltzer (1978:52-54), en un comentario a la obra de Freud, explica que uno de los elementos que contribuyó a que Freud pudiera sostener el trabajo con el Hombre de la Ratas fue la escisión, gracias a la cual disoció la repugnancia que el paciente le causaba. Contratransferencialmente, Freud repelía un aspecto de su paciente. Sin embargo, este sentimiento no aparece de forma explícita en torno del caso, más bien se presenta como una asociación de Freud respecto del hombre de la mano roñosa que masturbaba niñas, y a quien Freud rechaza abiertamente (Freud, 1909: 155).

Para Freud, el estudio de sus reacciones emocionales hacia el paciente no constituyó un tema central. El uso de la contratransferencia para comprender la dinámica inconsciente del paciente surgió como instrumento técnico muchos años después. En un primer momento, el concepto de *contratransferencia* se vinculó con los aspectos conflictivos del carácter del analista; en este sentido, la contratransferencia actuaría como un escotoma que impide ver los conflictos del paciente y limita el proceso psicoanalítico (Freud, 1910). Más tarde, algunos autores la considerarán un instrumento esencial para la comprensión analítica.

El concepto de contratransferencia como un instrumento central para comprender las emociones del paciente surge a partir de los desarrollos kleinianos, en particular, de la idea de identificación proyectiva. Klein comprende que el paciente evacua concretamente emociones en el analista, generando en éste un estado afectivo que corresponde a lo depositado de manera proyectiva.

Los autores poskleinianos, específicamente Heinrich Racker ([1948] 1953) en Argentina y Paula Heimann (1950) en Inglaterra, investigaron los efectos de la identificación proyectiva y propusieron que la contratransferencia es un fenómeno clínico de inmenso valor, ya que en gran medida es el resultado de lo que el analizando coloca inconscientemente en el analista.

Para Heimann la contratransferencia comprende todas las respuestas emocionales del analista hacia su paciente. Hoy no solo se considera que la contratransferencia provoca sentimientos, sino incluso que se desarrollan ciertas fantasías inconscientes con las que el analista se enfrenta en el tratamiento. Las reacciones mentales que se generan en el contacto con el paciente ayudan a la comprensión analítica. Al ver la funcionalidad de la contratransferencia, se amplió el panorama para examinar el papel del analista y la postura que debe asumir respecto de su propio trabajo.

Los aspectos conflictivos del analista también forman parte de la contratransferencia, pero sostiene que son parte de la interacción analítica y es algo que no se debe evadir. La creencia de que el analista debe sentir siempre benevolencia hacia los pacientes es criticada. Es necesario que el analista se mantenga atento para captar su resonancia, ya sea positiva o negativa, con el paciente.

Al ser una interacción, ambas partes experimentan sentimientos. Se requiere de concentración y sensibilidad para seguir la emocionalidad y las fantasías inconscientes del paciente. La contratransferencia permite el acercamiento al inconsciente del analizando:

muchas veces la percepción inconsciente del otro es más precisa que la comprensión racional. El analista hará interpretaciones pobres si no toma en cuenta sus afectos y emociones no conscientes. El análisis de la contratransferencia enriquece la interpretación, la dota de una cualidad emocional difícilmente asequible desde otro lugar e impide que el analista quede envuelto en el papel en que el paciente lo fija.

Quisiera agregar que el peligro que esta posición entraña es que el analista “baje la guardia” para captar sus aspectos patológicos sin someterlos a observación. En realidad, cualquier elemento técnico conlleva riesgos. La idea de contratransferencia no debe servir para que el analista deje de someterse a un escrutinio emocional personal, sino para que enriquezca la práctica a medida que explore y discrimine sus reacciones emocionales dentro del proceso interaccional. La nueva manera de entender la contratransferencia no invalida a su predecesora; el analista también tiene que estar pendiente de averiguar los elementos conflictivos de su carácter, y pensar cómo intervienen en el proceso analítico.

Paralelamente a Heimann, Racker (1957) profundiza sobre la contratransferencia y sus aspectos interaccionales. Se refiere a la primera en términos de las relaciones objetales internas, y se centra en la interacción patológica. Langs (1981:177) comenta, a propósito de uno de sus principales artículos, que la manera en que Racker utiliza el término abarca lo que otros consideran, en sentido más amplio, no contratransferencia. Se habla de una relación total del paciente con el analista. La contratransferencia, aunque es del analista, se desarrolla en las interacciones con el paciente y solamente puede comprenderse en este ámbito.

Racker (1957:303-310) menciona que la contratransferencia puede operar en tres formas:

- a) Como obstáculo, es decir, los escotomas que el analista tiene por sus conflictos inconscientes. Ésta es la manera tradicional de comprender el término;
- b) Como instrumento para entender lo que está pasando en el vínculo con el paciente;
- c) Como campo en el que el analizando puede adquirir una nueva experiencia viva y distinta de la que tuvo originalmente. Ésta es la categoría que otros autores incluyen como la relación real, fuera de la situación transferencia-contratransferencia, entre analista y paciente. La experiencia emocional con un objeto que responde de manera diferente al tipo de relación de objeto cristalizada en torno de pautas patológicas, y la vivencia de identificación con un nuevo objeto que se internaliza, modifican la estructura y dinámica de relación objetal.

Esta tercera forma de comprender la contratransferencia se refiere al análisis no solo como un método para resolver conflictos, sino como un espacio de desarrollo emocional. El analista debe estar preparado para no reaccionar de acuerdo con la invitación implícita que el paciente le hará al colocarlo en un lugar preasignado de relación objetal. Y, paralelamente, se ofrece como un objeto-función nuevo con el cual identificarse. En este campo constituido por la transferencia-contratransferencia, se gesta la posibilidad de una experiencia afectiva nueva.

Racker (*Ibid.*:311-314) sugiere dos formas básicas de contratransferencia con el

paciente, según la identificación que predomine:

- a) **Contraidentificación concordante:** en ésta el analista identifica su yo con el yo del analizando o con otras partes de la personalidad; básicamente es empática. Por ejemplo:

Un paciente puede quejarse del trato poco afectuoso de su madre para con él, y el analista comienza a sentirse molesto e indignado con la figura de la madre del paciente. El analista se identifica con el lugar de niño maltratado en el que se pone el paciente.

- b) **Contraidentificación complementaria:** el yo del analista se identifica con el superyó o con los objetos internos del analizando.

Un ejemplo sería el caso de un paciente que manifiesta una queja similar a la anterior y el analista siente enojo hacia éste y piensa que la madre se fastidió porque el paciente debió ser un niño difícil.

Racker aporta herramientas técnicas importantes. Aclara que, cuando el analista tiene fantasías, ideas o sensaciones respecto del paciente, debe explorarlas cuidadosamente, ya que es un material valioso que ayuda a la comprensión afectiva del paciente.

Otra de las autoras que contemplan la contratransferencia desde el punto de vista interaccional es Margaret Little (1951), quien sostiene que entre paciente y analista hay un continuo juego de los mecanismos de introyección y proyección. El proceso analítico se constituye a través de éstos. Tanto la transferencia como la contratransferencia son producto de la interacción y cambian constantemente. La diada analítica es variable porque sus componentes son dinámicos.

Little (*Ibid.*:32-34) también hace un intento por definir los diferentes usos del término *contratransferencia*:

- a) La actitud inconsciente del analista hacia su paciente.
- b) Los elementos reprimidos del analista que se adjudican al paciente.
- c) Las actitudes o mecanismos del analista para afrontar la transferencia del paciente.
- d) Todas las actitudes y comportamientos del analista, conscientes e inconscientes, en relación con su paciente.

Piensa que un mal manejo contratransferencial refuerza las resistencias hacia el trabajo analítico; el paciente es sensible y percibe los estados inconscientes del analista. Si el analista presenta una actitud paranoica o fóbica hacia sus propias emociones, el paciente está en riesgo de quedar identificado con esta actitud. Los pacientes responden a la contratransferencia y se identifican con la actitud del analista hacia sus reacciones contratransferenciales.

Coincido con esta idea. El paciente se ve favorecido por la actitud valiente y honesta de un analista que sea capaz de reconocer y enfrentar los aspectos conflictivos de su propio carácter. Aunque el analista no revele sus asuntos, el paciente infiere el nivel de contacto verdadero que mantiene consigo mismo, y se identifica con la actitud de determinación interna que observa. Si el analista mantiene una modalidad básicamente evitativa, el paciente corre el riesgo de introyectarla como actitud hacia su mundo

interno. Dentro del agudo examen que Little hace de la contratransferencia, propone que hay cuatro razones fundamentales que dificultan la definición del concepto:

1. La contratransferencia es observable solo a partir de sus efectos.
2. La actitud contratransferencial del analista implica a la psique en su totalidad.
3. Transferencia y contratransferencia son inseparables.
4. Hay una actitud fóbica o paranoica básica frente a la contratransferencia.

Esta clasificación muestra que la dificultad básica para acordar y precisar conceptos como el de *contratransferencia* no se debe a la complejidad teórica, sino a la profunda relación que guarda la idea con la experiencia afectiva del analista.

Para Little, la contratransferencia también abarca los temas emocionales privados del analista y del contexto. Este razonamiento me parece valioso, pienso que hay un ámbito silencioso en la sesión que influye en el vínculo: el analista está acechado por asuntos personales que inciden indirectamente en la interacción con el paciente. Por ejemplo, un terapeuta, por motivos profesionales, como mantener al paciente en supervisión o tener la presión de que lo refirió algún colega, puede desear que el tratamiento no se interrumpa. No cabe duda de que el analista trabaja más libre y cómodo cuando no se preocupa de que el paciente se quede. Frecuentemente, el paciente detecta que el analista está afectado por pensar que él se va. Esto también sucede cuando el tratamiento representa una parte significativa del ingreso del analista. Hay numerosas variables externas que afectan la contratransferencia y el estado emocional del analista.

Existen otros aspectos que inciden en la contratransferencia. Uno de ellos es la teoría del analista, la cual influye en la forma de percibir al paciente y en las reacciones emocionales hacia el mismo.

El analista puede estar muy aburrido con una paciente psicósomática: una mujer concreta en sus producciones, que pasa un largo tiempo haciendo referencia al manejo cotidiano y repetitivo de su vida, aplanada afectivamente. El analista se siente incómodo y aburrido por la falta de producciones ricas en significación y afecto. Sin embargo, si se cuenta con el modelo de pensamiento operatorio,⁸ la investigación del fenómeno de lo concreto y el aplanamiento pueden despertar en el analista un ávido interés. La relación con el síntoma psicósomático y la imposibilidad de construir sentidos emocionales se convierten en el centro del análisis.

Éste es un elemento no patológico sino contextual, que afecta e interviene en la reacción contratransferencial.

La contratransferencia incluye elementos emocionales del paciente, del analista, los derivados de las identificaciones proyectivas del primero en el segundo y todas las situaciones que, si bien parecen externas, influyen y afectan el clima emocional del tratamiento. Al analista atribulado por dificultades económicas, que necesita la permanencia de su paciente, es probable que se le dificulte interpretar abiertamente los elementos de transferencia negativa y los obstáculos desarrollados en el vínculo. Ocurre algo similar cuando el analista en formación, supervisado en su adiestramiento profesional, teme perder al paciente. O bien, si se trata de una supervisión a través de la cual se evalúa su desempeño, es probable que el cuidado y la prudencia de las

interpretaciones modifiquen la atmósfera, de manera que, si ese caso no fuera examinado, habría más espontaneidad. La contratransferencia, definida en un sentido amplio, abarca todo aspecto del terapeuta que se ponga en juego para crear un determinado clima emocional en la sesión, y será parte del fenómeno de campo en la interacción paciente-analista.

Otra analista, que investigó el tema desde una geografía distinta, y coincide en algunos puntos con lo hasta aquí expuesto, es Lucia Tower (1956). Ella trabajó en los Estados Unidos durante los años cincuentas, en un contexto en el que predominaba la psicología del yo. Sin embargo, su concepto de contratransferencia privilegia un enfoque no muy difundido hasta entonces. Describe la cualidad interaccional de la contratransferencia y afirma que ésta no solo es inevitable, sino inherente a todo tratamiento. Tanto la transferencia como la contratransferencia son un producto natural de la relación terapéutica; ambos procesos forman parte de lo inconsciente y se basan en la compulsión a la repetición. Enfatiza que los escritos que condenan la contratransferencia presuponen que el analista puede dominar su propio inconsciente. La contratransferencia es inconsciente, incontrolable. La posibilidad de “controlar” es opuesta a la noción de inconsciente.⁹

Contratransferencia es todo lo transferido del analista al paciente. Tower piensa que cuando el analista deja de verse a sí mismo como un espejo neutral y comienza a pensarse como un ser humano dentro de las interacciones analíticas, la categoría de la contratransferencia adquiere una faceta distinta. Los sentimientos y pensamientos excesivos o inapropiados en torno de pacientes que producen ansiedad son de gran importancia contratransferencial, así como los sueños que el analista puede tener respecto de su paciente.

El analista ha de resolver su contratransferencia para permitirle al paciente acceder a una comprensión emocional profunda. La transferencia de este último se resuelve solucionando el síndrome contratransferencial. El paciente puede ver los errores del analista como una oportunidad para modificar sus resistencias transferenciales. Por ejemplo, si el analista se equivoca y termina antes de tiempo la sesión, más tarde puede ofrecer una disculpa al paciente, lo cual implica que cometió un error. El paciente comprende así que el analista no es un objeto idealizado-perfecto.

León Grinberg ([1956] 1962) comparte la misma línea de los analistas que sugieren utilizar la contratransferencia como un elemento provechoso en el proceso de tratamiento. Piensa que la contratransferencia es el resultado de la intensa identificación proyectiva del paciente. Retoma las ideas de Bion al señalar que el analista necesita tener cierta capacidad de *rêverie* para contener y manejar las identificaciones proyectivas patológicas del paciente.

La identificación proyectiva masiva del analizando provoca una reacción contratransferencial en el analista. Si éste no percibe su contratransferencia, es muy posible que se le escape la cualidad de la identificación proyectiva recibida. Este proceso de comprensión emocional-mental-intelectual no es inmediato, y requiere que el analista acepte las identificaciones proyectivas del paciente y elabore la experiencia emocional

que le genera el vínculo.

El siguiente ejemplo ilustra cómo el analista puede verse frenado por actitudes contratransferenciales fóbicas o paranoides, y la importancia que tiene tolerar la identificación proyectiva que el paciente arroja.

Cierta paciente, ante el aviso de suspensión por vacaciones, suele tornarse iracunda, amenaza con dejar el tratamiento o disminuir el número de sesiones, devalúa el trabajo realizado, critica abiertamente mi capacidad para llevar adelante el proceso o cuestiona los logros adquiridos. Frente a una nueva interrupción, comienzo a imaginar su respuesta y dudo sobre el periodo que suspenderé, inmersa en un clima de amenaza y culpa por la idea de dejarla. Aquí es posible observar hasta qué grado me veo inoculada por un aspecto proyectivo de la paciente, y lo necesario que se torna someter a escrutinio ese sentimiento para no quedar paralizada.

Para ella, la rabia y la amenaza de abandono del tratamiento son medios para controlar posesivamente al objeto. El riesgo es quedar dominada bajo la tiranía de un aspecto autoritario y posesivo de su *self*. La paciente proyecta el aspecto infantil, temeroso e impotente en mí y queda identificada con el lugar de un dictador. Si le interpreto que se comporta como una niña celosa y rabiosa ante la idea del abandono, la cólera y la confusión se ponen al servicio de la parte envidiosa de su carácter y se refuerza la amenaza de ataque al tratamiento. La paciente me vive como el tirano injusto que la somete a su caprichosa decisión de tomar vacaciones.

Se puede pensar que es indispensable que el analista no quede instalado de manera fóbica o paranoide frente al impacto emocional que la interrupción provoca. Permanecer en este lugar implicaría repetir una relación objetal sojuzgada y no proporcionar elementos para trabajar con estos afectos. Descolocarse de la tiranía puede darle a la paciente un modelo identificatorio contratransferencial; se fortalece un objeto interno que no queda a merced de la relación sometido-sometedor.

Por otra parte, de acuerdo con la idea de *rêverie* de Bion, retomada por Grinberg, habría que tener en cuenta que la interpretación apresurada de los aspectos proyectados puede resultar contraproducente: devolverle los sentimientos de injusticia tiránica que la analista le hace experimentar, como partes evacuadas de sí misma, es algo que la paciente, al estar colérica, no puede entender ni aguantar; aún más, puede sentir que la analista es quien está enojada.

El trabajo contratransferencial del analista oscila entre la discriminación de las emociones que el paciente genera —un elemento de fuerza o valor interno personal para evitar quedar congelado en el lugar asignado— y la sutileza necesaria para valorar lo que el paciente puede recibir en el momento de interpretar. Las interpretaciones anticipadas de la identificación proyectiva pueden terminar en una réplica precipitada de algo que el analista no es capaz de contener.

En este caso, si interpreto que la paciente hace un ejercicio de amenaza opresiva vehiculizado por los celos posesivos, se podría afirmar, en el nivel estrictamente del contenido, que la interpretación es correcta. Sin embargo, esa respuesta estaría más vinculada con mi incapacidad de tolerar la identificación proyectiva que ella deposita en mí que con mi comprensión del material. Si, por el contrario, le explico a la paciente que me percibe como una madre injusta y poco atenta a sus necesidades, que la doblega y

somete a sus tiempos e intereses sin miramientos, sin culparla por su rabieta y amenazas, y lo relaciono con la manera general en que ella se siente cuando los otros no se adecuan a lo que ella desea, se abre la posibilidad de que se sienta comprendida en su afecto, su “rabieta” ceda y se prepare el terreno para una futura interpretación que dé cuenta de lo proyectado.

En un primer momento, el analista puede estar tentado a actuar la contratransferencia. Si el paciente coloca en el analista algo indeseable, éste puede tener prisa por regresárselo y desembarazarse de ello. La interpretación misma se convierte ahí en un posible medio de contraactuación, cuya finalidad no es lograr la comprensión de la interacción, sino liberarse de lo proyectado. Estos matices técnicos son de suma importancia para afinar el trabajo analítico. En este sentido, el estudio de la interacción analítica y sus vicisitudes promueve el refinamiento clínico.

Otro autor preocupado por la forma en que estos conceptos inciden en la técnica es Otto Kernberg (1965), quien valora los conceptos de *contratransferencia total* y *contratransferencia clásica*, encontrando en ambos riesgos y aportaciones. Piensa que el concepto de contratransferencia “total”, entendido como la inclusión de todo afecto del analista, resulta confuso y exagera la importancia de las reacciones emocionales del terapeuta. Considera que el término es inespecífico y que deja a un lado la neutralidad del analista.

Por otra parte, critica el concepto de *contratransferencia clásica*. Sostiene que la idea de la contratransferencia, como equivalente de los aspectos patológicos del analista, promueve una actitud fóbica; el analista tiende a evitar encararla o discutirla abiertamente con colegas cuando considera que detrás solo están los elementos patológicos de su carácter. Menciona que esta definición es restringida e implica connotaciones negativas.

Kernberg incorpora en su teoría los aspectos que considera importantes de ambas propuestas, sin tomar como referente una explicación única. El analista responde de manera inconsciente, con base en sus conflictos neuróticos, a la transferencia del analizando (contratransferencia clásica), y desarrolla un conjunto de respuestas emocionales, conscientes e inconscientes, hacia su paciente, basadas en las necesidades reales y neuróticas de ambos (contratransferencia total). Cuando el analista percibe que su respuesta emocional es útil para el proceso analítico, no la bloquea, sino que la usa como instrumento.

Una de las funciones de la contratransferencia es valorar el grado de regresión en un paciente. En el trabajo con pacientes intensamente regresivos, como los limítrofes y los severamente narcisistas, la posibilidad de un descontrol en la contratransferencia y de regresión del analista es alta. Los pacientes graves provocan una intensa contratransferencia, la cual es fundamental para la comprensión, aunque implica riesgos. El analista transita por la activación de sus conflictos y defensas arcaicas. En los casos en que los aspectos yoicos del analista permanecen intactos, es posible que la regresión sea empática y transitoria. El interés sincero del analista en su paciente, así como el autoescrutinio, son medios para neutralizar la agresividad o autoagresión que pueden surgir en la contratransferencia con pacientes graves.

Varios autores abordan el tema del fuerte impacto emocional que puede generar un paciente grave. Trabajar con personalidades no neuróticas puede resultar una tarea fascinante en el camino de la investigación psicoanalítica; empero, es importante no tomar esta tarea con ingenuidad, suponiendo que el analista no resulta directamente expuesto a vivencias afectivas personales que lo sacuden y afectan.

En este apartado expuse brevemente algunas de las consideraciones alrededor del tema de la contratransferencia. Entendida de manera amplia, es uno de los pilares de la interacción analítica. La investigación sobre ella es fundamental para visualizar la relación no solo desde el ángulo de lo que el paciente produce, sino de lo que el analista, a pesar de mantener la abstinencia y la neutralidad, genera activamente. Hay analistas convencidos de que la contratransferencia se hace siempre presente en el clima de la sesión, y que cruza permanentemente el vínculo terapeuta-paciente. Lo óptimo, entonces, es esforzarse en dominarla lo más posible, conocerla y desentrañarla hasta donde el propio inconsciente lo permita, y así convertirla en uno de los instrumentos más importantes del trabajo analítico.

Donald Meltzer piensa que la contratransferencia es algo presente que se infiltra constantemente a través de la *música del lenguaje*. Se trata de lo que al fin y al cabo el analista siempre interpreta:

todo está basado en la contratransferencia, en la respuesta emocional, la habilidad de reconocer la respuesta emocional y el encontrar el lenguaje para expresarla. La contratransferencia es todo en psicoanálisis. Y la idea histórica que uno no debe comunicar la contratransferencia es una ilusión; uno lo comunica en la música de la voz todo el tiempo; uno tiene que tener cuidado con que la música no se vuelva tiránica y que no se vuelva demasiado pedagógica, y demás, pero no se puede esconder. Uno sólo puede modularla para evitar excesos pero lo que el paciente escucha es la contratransferencia; lo que escucha en el significado de las interpretaciones es bastante secundario a lo que oye en el significado de la música de la voz del analista, la voz de la contratransferencia (Oelsner y Oelsner, 1999:14-15).

A continuación presentaré algunas ideas que extienden el tema de la relación analítica. Existe un elemento que no por su silencio pierde su carácter central en la conformación de la interacción: el encuadre. Todo el vínculo se sostiene y tiene sentido a través de él. La relación analítica, con todos sus avatares, se entreteje gracias a que está sostenida por condiciones particulares, denominadas *marco* o *encuadre*.

Encuadre: marco y vínculo

Freud desarrolló un método en el que propuso un tipo de relación, un tiempo y espacio. Concibió el encuadre como lo que le permitía trabajar dentro de un orden necesario para que el proceso analítico tuviese lugar. Sin pensarlo de esa manera, proponía una estrategia que en sí misma cumple funciones emocionales relevantes.

Hay quien piensa que si Freud fue capaz de penetrar en el trabajo de la transferencia, se debió a que su solidez y firmeza le permitieron sostener un encuadre y un tipo de vínculo óptimo para registrar y discriminar los fenómenos de la relación. La intuición clínica freudiana superó los postulados teóricos de aquel momento sobre el método; en realidad, diseñó una forma de trabajo que se capitalizó con el tiempo. A partir de los

desarrollos de las escuelas de relaciones objetales, el encuadre per se comenzó a ser un tema muy valorado, un elemento de gran riqueza y sentido.

Para Freud, el encuadre permite discriminar los elementos transferenciales. Pensó que el paciente no solo hace transferencias con la persona del médico, sino con toda figura emocionalmente significativa para él. La transferencia se presenta en toda relación, pero el psicoanálisis la descubre. Sostener una actitud analítica de neutralidad era, para Freud, una precondition necesaria para observar y trabajar el surgimiento de la transferencia.

Ya sea que se considere la transferencia desde su sentido más tradicional (vinculada con lo patológico) o como un fenómeno ampliado que incluye las manifestaciones caracterológicas, el analista ocupa un lugar fundamental, por ser el referente indispensable para que el análisis se ponga en marcha. La transferencia se despliega con todas las personas que rodean al paciente. La diferencia básica que caracteriza la relación analítica es que el analista cuenta con un marco que le permite develar el modo de interacción al que el paciente lo invita de forma implícita. El encuadre es el elemento necesario que hace posible este tipo de vínculo en particular.

La fractura del encuadre le quita al analista la posibilidad de comprender e interpretar con mayor claridad. Imaginemos a un terapeuta que atiende a un paciente que es, simultáneamente, su alumno. Resultaría en extremo complicado e incluso injusto interpretarle la rivalidad que experimenta cuando el terapeuta-maestro atiende a otros de la clase. ¿Podríamos considerar genuinamente suyo el material vinculado con los celos que el paciente aporte? O más bien, ¿no sería un contenido que se intensifica por la situación de comparación que el terapeuta induce? Confusiones como ésta, donde no queda claro qué tanto el analista inculca o qué tan fidedigno es lo que el paciente presenta, en realidad son una consecuencia de alterar la neutralidad y la abstinencia analítica.

La necesidad de cuidar el encuadre no proviene de una postura ortodoxa talmúdica a la cual hay que reverenciar, sino de la comprensión de lo delicado y valioso que resulta el vínculo. En el tratamiento, al paciente se le posibilita desplegar una intensa y agitada relación emocional; ello preserva su funcionamiento en las distintas áreas de su vida. La intensidad de la transferencia no sería la misma si existiera el riesgo de actuaciones por parte del analista. Así, el encuadre protege tanto al paciente como al analista; ambos pueden participar vehementemente en una interacción salvaguardados por el marco, y al amparo del objetivo último del análisis: la comprensión y el desarrollo psíquico.

Langs (1981:389) explica que, a partir de Freud, el encuadre terapéutico se entiende como lo que permite establecer condiciones adecuadas de trabajo y proteger la transferencia. El *setting*¹⁰ es el esquema básico cuyo fin es desarrollar un tratamiento analítico y cuidar el despliegue y análisis de la transferencia.

Por su parte, autores como Donald Winnicott, Wilfred Bion, José Bleger y Joyce McDougall, entre otros, estudiaron distintos e importantes procesos que pertenecen al encuadre psicoanalítico. Expondré a continuación algunas de sus ideas y señalaré por qué el encuadre representa un espacio de sostenimiento o un continente necesario para el progreso emocional.

De acuerdo con Winnicott (1956:387-388), el encuadre analítico está conformado por una mezcla de aspectos humanos y no humanos. Los elementos no humanos son el tiempo, el lugar, el espacio físico y el diván. Los elementos humanos incluyen los aspectos afectivos que se despliegan en el vínculo a partir de las capacidades emocionales del analista. Esta confluencia de elementos constituye el *holding* o sostenimiento, una función que el analista desarrolla, junto con el *setting*, para el paciente.

Cuando el yo del paciente está integrado, su sostén o, como decía Winnicott, el *holding*, no se convierte en la tarea principal del analista. Pero en el caso de pacientes con fallas estructurales, esta tarea se vuelve indispensable. La maduración yoica se desarrolla gracias al quehacer de sostenimiento en el tratamiento.

Estas ideas parten de tomar al nexo madre-bebé como el paradigma para explicar la relación entre el analista y el paciente. Así, cuando el paciente no ha tenido un maternaje lo *suficientemente bueno*, desarrolla una estructura llamada *falso self*, la cual oculta y protege al verdadero *self*. Una fuerza yoica falsa actúa a modo de coraza defensora. Winnicott propone que cuando el analista se ajusta a la necesidad del paciente, el verdadero *self* emerge y la situación patológica sostenida por el falso *self* se descongela. El hecho de que el analista se adapte a los requerimientos emocionales del paciente conforma el sostenimiento o *holding*. El concepto de *encuadre* se concibe de una manera amplia, ya que implica la adecuación activa del analista a las necesidades del paciente.

Bleger (1967) explora asimismo el lugar del encuadre en el proceso analítico. Desde una perspectiva teórica influida por la escuela de relaciones objetales, contempla el vínculo analítico como un acto de reedición de la simbiosis temprana. El encuadre es más una estrategia que una técnica, porque funciona como la entidad que representa el vínculo simbiótico madre-bebé. Postula que la situación psicoanalítica abarca todo fenómeno entre el analista y el paciente. Este escenario tiene una parte evolutiva —que corresponde al proceso— y una constante: el encuadre.

Éste es el *metacomportamiento* implícito del que depende el comportamiento explícito. Es un mundo no habitual, diferente al mundo de las convenciones sociales, en el que se establecen y mantienen normas y actitudes que ambos miembros de la pareja analítica seguirán; en este sentido, el encuadre es la tierra fértil en la que se inserta la compulsión a la repetición. En los análisis se deja que el proceso fluya dentro de lo estructurado implícitamente; no obstante, los aspectos más arcaicos de la mente se articulan en este silencioso aspecto de la relación.

El desarrollo del yo depende de la constancia del no-yo. Hay un yo y un meta-yo no diferenciados. En pacientes con fallas en la estructura yoica, se pone en evidencia su fragilidad ante los movimientos en las áreas meta-yo, es decir, en el encuadre. En el trabajo con psicóticos se observa claramente que cualquier desviación del encuadre resulta amenazante, lo cual implica un riesgo para la organización sostenida por los elementos meta-yo.

Estas ideas están en consonancia con la teoría bioniana de la parte psicótica de la personalidad, que se caracteriza por funcionar miméticamente. El encuadre es el receptáculo del área psicótica de la mente; se establece una relación con el encuadre

donde éste se vuelve parte de la imagen corporal desestructurada y no diferenciada. En pacientes graves esto resulta claro: un paciente psicótico puede verse sumamente afectado porque el analista cambie el mobiliario del consultorio. Sin embargo, esto también sucede con pacientes neuróticos, y se puede observar no solo en relación con el encuadre analítico, sino con todas aquellas situaciones que involucran un movimiento de lo acostumbrado; basta reflexionar en las ansiedades y sentimientos de despersonalización que todos podemos sentir frente a una mudanza o en vacaciones al dormir en un espacio que no es el propio.

Bleger propone que el análisis de la función implícita del encuadre sea parte del trabajo terapéutico. Explorar el sentido del encuadre y examinar a detalle las funciones calladas que éste lleva a cabo deben ser partes constituyentes del tratamiento. Así, el encuadre deja de ser un elemento tácito del que únicamente se habla cuando existe una ruptura, y se vuelve objeto de análisis. La inclusión analítica del papel de este elemento colabora para desimbiotizar el vínculo entre el analista y el paciente. El encuadre es susceptible de análisis únicamente en sí mismo, ya que proporciona las condiciones para mostrar activamente lo que aporta.

Por su parte, Joyce McDougall (1989) analiza la vulnerabilidad de los bebés frente a la ansiedad de separación, y la relaciona con la susceptibilidad de los pacientes frente a las interrupciones. Recuerda que *no somos tan maduros* como podríamos pensar, y que los cambios en el contacto con el terapeuta movilizan las ansiedades tempranas. El comentario destaca el cuidado que el analista debe observar con el encuadre, no solo en relación con la claridad para poder trabajar con la transferencia, sino con el conocimiento de que los movimientos que el analista hace impactan emocionalmente al paciente, incluso al menos perturbado. Conviene ajustarse, en la medida de nuestras posibilidades, a un ritmo de trabajo constante y predecible.

El analista debe ser cuidadoso en el contacto con el paciente. Aspectos como avisar con anterioridad las interrupciones, mantenerse al margen de una relación fuera del consultorio con el paciente o con alguien allegado a él, y vigilar los intervalos entre pacientes, son consecuencias lógicas para quien comprende las emociones desarrolladas en el vínculo analítico.

A manera de una breve síntesis, y tomando en cuenta que siempre que se propone un esquema se parcela lo estudiado, diré que hay tres formas básicas de comprender el encuadre:

1. La manera tradicional, que lo señala como el marco que permite desplegar y diferenciar el mundo de conflictos infantiles del paciente repetidos con el analista.
2. A partir del estudio de las relaciones objetales, surge la idea de que el encuadre también es la atmósfera donde se desenvuelve y repite el vínculo temprano, primario. Es un espacio en el que se recrea una relación primitiva.
3. En el mismo contexto, se propone que es el aspecto que encarna en sí la parte arcaica de la personalidad. No solo la contiene, sino que la constituye junto con los elementos simbióticos del paciente.

Para terminar este punto, quisiera revisar una controversia que resurge frecuentemente en torno de la posible facultad del encuadre para provocar estados regresivos. La postura de los autores que abordan este tema procede de su modelo teórico acerca de la estructura de la personalidad y el lugar que asignan al concepto de *regresión*.

Para quienes piensan en términos de constelaciones caracterológicas determinadas, la transferencia es el resultado espontáneo de éstas, y la regresión se considera como algo dado per se. He aquí un ejemplo:

Una paciente joven con rasgos infantiles, parasitarios e histéricos, sostiene un noviazgo con un hombre casado, 20 años mayor que ella; él la mantiene económicamente y ella no se dedica a nada en específico. La paciente organiza su vida de acuerdo con los horarios que él le demanda y siempre está a su disposición.

Al llegar a las sesiones, suele hablar de temas triviales, difícilmente desarrolla un discurso reflexivo. El parasitismo que despliega en sus vínculos aparece en el análisis a través de su incapacidad para cuestionarse. Asimismo, es común que se refiera a situaciones exteriores que le ayudan a *mejorar su estado de ánimo*, como conversaciones con amigas o libros de autoayuda. Mediante comentarios de este tipo reproduce la situación de celos que conforma su manera de relacionarse. Tanto la dependencia parasitaria (que yo haga el trabajo de análisis por ella), como los triángulos, aparecen en la interacción.

Para autores como Meltzer, quienes comprenden la psique como una organización en la que se despliegan diferentes estados mentales producto de relaciones objetales internas, la paciente no está en un momento regresivo —en el sentido temporal o topográfico del término—, sino que funciona desde el aspecto infantil de su carácter. La regresión no crea la transferencia ni es propiciada por el encuadre.

Etchegoyen explica claramente que autores como Meltzer muestran que no hay una “regresión transferencial”, más bien el analista lleva a cabo una “recolección de la transferencia” a través de su labor interpretativa (Etchegoyen, 1986:499-513). La intensidad de la transferencia se incrementa a medida que disminuye el *acting out*. En un primer momento, la transferencia no se reconoce, porque se encuentra dispersa entre las relaciones que el paciente sostiene. A medida que el análisis progresa, se unifica en la figura del analista.

Freud descubre la transferencia e introduce la regla de reserva analítica para evitar el surgimiento de variables que incrementen los conflictos en el paciente. La transferencia no crea los conflictos, éstos ya están presentes. Sin embargo, si el analista interfiere, puede recrudecerlos. En este sentido, el encuadre no promueve la regresión, sino que la contiene, descubre y limita. Etchegoyen sostiene que el encuadre no suscita la regresión más allá del desequilibrio emocional del paciente, propio de su estructura de personalidad. La regresión se expresa en la estructura caracterológica del paciente.

No obstante, ciertos autores, en particular quienes son afines a la psicología del yo, establecen un vínculo estrecho entre los conceptos de *regresión* y *encuadre*. La regresión es una respuesta al encuadre que priva las capacidades sensoriales del paciente, lo frustra afectivamente y limita su mundo objetal. El encuadre es un artificio que desestabiliza la *autonomía secundaria* del yo; de este modo, socava las defensas y promueve el desarrollo de la neurosis de transferencia. Estos autores enfatizan los aspectos frustrantes del encuadre como los disparadores de procesos regresivos.

Analistas como Winnicott propusieron otra manera de comprender el nexo entre

encuadre y regresión. De acuerdo con la teoría de Winnicott (cit. en Etchegoyen, 1986:514-525), la regresión forma parte del proceso curativo de los pacientes con fallas en la estructura de la personalidad. A partir de un fracaso ambiental se organiza el mecanismo sumamente sofisticado denominado *falso self*. En estos casos, el analista debe ofrecer al paciente un sostén emocional que socave la coraza defensiva: el falso *self*. La regresión se promueve mediante la actitud afectiva de brindar una compañía comprensiva al paciente y de adaptarse activamente a sus necesidades emocionales. En esta teoría, el encuadre y la cualidad emotiva del analista conforman el *holding* y fomentan la regresión. Las habilidades emocionales del analista son claves para sostener la confianza necesaria y que el paciente pueda permitirse esa regresión.

Si bien la psicología del yo y la teoría de Winnicott coinciden en señalar que el encuadre suscita la regresión, la primera postura destaca los elementos privativos, mientras que en la segunda el aspecto maternal positivo del encuadre genera un proceso regresivo. Las tres posturas mencionadas se pueden resumir de la siguiente manera:

1. Ciertos autores piensan que el encuadre no promueve la regresión, sino que ella está dada en la estructura psicopatológica misma del paciente.
2. Los analistas vinculados a la psicología del yo proponen que el encuadre genera una regresión producto de la privación sensorial.
3. La postura winnicottiana sostiene que el encuadre —incluidas las capacidades emocionales del analista— debe servir para favorecer una regresión terapéutica.

Recapitulando, ¿por qué el psicoanálisis propone que el crecimiento mental se da en el vínculo? ¿Qué es la transferencia, la contratransferencia y cómo se da el cambio psíquico dentro de la relación?

Freud entiende que el paciente repite con el analista lo olvidado y conflictivo de su pasado infantil y denomina a este fenómeno *transferencia*. La transferencia se convierte en un instrumento técnico privilegiado: a partir de ella se observan los modos de relación de la historia del paciente y se interviene mostrando las deformaciones que aparecen en el vínculo.

Los analistas que equiparan la transferencia con lo distorsionado del vínculo, se preocupan por señalar los aspectos reales y constructivos del paciente que también aparecen en la relación. Esto resulta fundamental para el desarrollo emocional: que el paciente tenga conocimiento tanto de sus aspectos conflictivos como de sus áreas saludables.

Sin embargo, por la forma en que originalmente fue planteada, al término *transferencia* se le imprime un sentido patológico. Técnicamente cabe preguntarse si los elementos positivos del carácter no son de igual forma un producto de experiencias tempranas y relaciones benignas que se trasladan a la figura del analista. La transferencia entonces no sería solo resultado de aquello patológico infantil.

Los teóricos de la escuela de relaciones objetales contribuyen a ampliar y aclarar la noción de transferencia. Ellos explican que los estados mentales provienen del juego

entre objetos internos; hay relaciones objetales internas que se manifiestan espontáneamente en los vínculos externos. La transferencia, entonces, es la exteriorización natural de estos fenómenos psíquicos; está presente en todo vínculo humano, pero se explicita en el análisis.

A su vez, la noción de *contratransferencia* es sumamente útil. Este concepto también atravesó modificaciones en su comprensión y uso. Al inicio fue considerada como un producto de los puntos ciegos del analista y entorpecedora del proceso analítico. Más tarde, gracias a la idea de identificación proyectiva, se valoró como una herramienta fundamental para entender la mente.

La contratransferencia le da al vínculo un lugar central, porque es a partir de la resonancia emocional del analista como se puede conocer aquello que el paciente expulsa de sí mismo. La discriminación de los componentes contratransferenciales contribuye a refinar la técnica y enriquecer la clínica.

La escena analítica no solo se compone de la relación explícita entre el analista y su paciente. Salvaguardando y sosteniendo el vínculo, se encuentra el encuadre. La solidez y consistencia del encuadre permiten observar con claridad la aparición de la transferencia. Las condiciones del *setting* analítico posibilitan que analista y paciente se involucren en una intensa relación emocional al amparo de actuaciones que amenacen el objetivo terapéutico. A su vez, el encuadre da cabida a los aspectos más arcaicos de la mente; constituye una función en sí mismo, ya que acoge y contiene a las áreas psicóticas de la personalidad.

El trabajo con la transferencia, la contratransferencia y la presencia del encuadre constituyen los componentes básicos de la escena analítica. Sea cual fuere la patología del paciente, el crecimiento mental de éste depende del quehacer alrededor de estos elementos.

NOTAS

* Algunas ideas presentadas en este apartado son retomadas en el artículo “Aportaciones a una teoría de la transferencia y la contratransferencia. Su lugar en el cambio psíquico”, presentado en el XLV Congreso de la Asociación Psicoanalítica Mexicana (Ortiz, 2005).

¹ El lector podrá advertir cómo la teoría de la transferencia de Freud incidió sobre su respuesta emocional hacia el paciente, lo que más tarde se denominó *contratransferencia*. La tolerancia y resistencia de Freud se vinculaban no solo con la actitud analítica que él consideraba adecuada, sino con un concepto que le permitió darle una dimensión a la violencia más allá de la evidente.

² Uno de los niveles de argumentación que, pienso, queda fuera, es el de psicoanálisis e historia: la transferencia como el lazo que permite entender el regreso permanente del pasado dentro del presente, tanto personal como social. Juan Litmanovich (2004) profundiza en este tema. El pasado y la historia no son susceptibles de analizarse como un objeto pretérito sino como un retorno. A partir del análisis de una experiencia psicoanalítica en un monasterio y de los estudios de Michel de Certeau, plantea el problema del tiempo en la transferencia y su trascendencia en categorías distintas, como la histórica.

³ Ralph Greenson (1971), Harold Searles (1975) y Brian Bird (1972).

⁴ Gabriel Espíndola comenta que Freud desarrolló el concepto de neurosis de transferencia inspirado en la medicina: “cuando el organismo recibe pequeñas dosis de una toxina este tiende a desarrollar defensas contra ellas y de esta forma logra la cura del agente patógeno. En la neurosis de transferencia, el paciente se somete a pequeñas dosis de angustia, referentes a su verdadera neurosis, las cuales le ayudan a forjar nuevas defensas mucho más flexibles que le permiten enfrentarse de mejor forma a la realidad” (2002:30).

⁵ Anna Freud, Gitelson, Winnicott, Loewald y Erikson, mencionados en Langs (*Ibid.*:88).

⁶ Eva Marcuschamer estudia la transferencia de la mirada materna al analista. Explica que dentro de la situación analítica se reactivan recuerdos de la primera infancia: “[...] el paciente trae a la situación analítica, su relación con la madre y mucho más. Así, el vínculo intersubjetivo y formador del psiquismo va a tener la oportunidad de desplegarse en la relación intersubjetiva paciente-analista. Y en la reconstrucción histórica de nuestro paciente podremos darnos cuenta cómo fue mirado por su madre” (2006:287).

⁷ Autores como Strachey, Loewald, Searles, Kuhn y los Baranger se dirigen a este mismo punto por diferentes caminos (Langs, 1981:88).

⁸ Concepto desarrollado por Pierre Marty y De M’Uzan en 1963 para describir a un tipo de pacientes poco imaginativos, incapaces de producir fantasías y apegados estrechamente a la realidad.

⁹ Este planteamiento se asemeja a la idea de Bion, quien cuestiona la contratransferencia como instrumento de conocimiento psicoanalítico, pues se pregunta por qué el analista puede tener fácil acceso al inconsciente. Piensa que los procesos inconscientes, incluso los del analista, no son tan accesibles como se plantea. Los análisis no serían tan complicados ni tomarían tanto tiempo si la aprehensión del inconsciente fuera sencilla. Sin embargo, no invalida la necesidad de explorarla.

¹⁰ *Setting* o encuadre son términos utilizados como sinónimos.

Clínica de los trastornos graves

El estudio de la evolución del psiquismo es el eje fundamental de este libro. En los casos de pacientes fronterizos, psicosomáticos, o en ciertas clases de depresión y trastornos de la sexualidad, el funcionamiento mental es particularmente complejo. Las propuestas metapsicológicas tradicionales se vuelven a pensar y se cuestionan a la luz de nuevas formas de comprensión clínica.

Conflicto psíquico: el primer modelo explicativo del funcionamiento mental

El *conflicto psíquico* es un concepto central en la teoría de las neurosis: la mente funciona motivada por exigencias contradictorias; los deseos opuestos que el ser humano siempre alberga se expresan en fenómenos como actos fallidos, recuerdos encubridores, lapsus y sueños. Las formaciones sintomáticas, trastornos de conducta y perturbaciones del carácter son el resultado de las fuerzas antagónicas que habitan en el hombre.

En *Estudios sobre la histeria*, Freud (1893) estudió una actividad defensiva que tiene lugar frente a representaciones intolerables y reconoció ahí la etiología de la histeria. Describió el síntoma neurótico como una transacción o compromiso entre dos grupos de representaciones que actúan como fuerzas en sentido opuesto.

En los textos de Freud se pueden discriminar dos niveles de conflicto: el tópico y el económico-dinámico. El primero se refiere a sistemas o instancias que se enfrentan entre sí.¹ Por ejemplo, en el caso de un paciente que siente la necesidad de cotejar sus estados bancarios una y otra vez, resistiéndose a dormir por la angustia que le provoca imaginar una posible omisión, resulta factible sugerir, como una primera explicación, que presenta un conflicto en el que una actitud superyoica de control y dominio se opone a un deseo del ello de derrochar maniacamente.

El nivel de conflicto económico-dinámico se refiere a una lucha entre pulsiones. Los dualismos pulsionales que Freud propuso fueron planteados en el orden siguiente: pulsiones de autoconservación *versus* pulsiones sexuales, amor objetal *versus* amor al yo y, más tarde, eros *versus* pulsiones de muerte.

El conflicto es constitutivo del ser humano. Freud encuentra distintos ángulos en los que aparece: entre la defensa y el deseo; entre distintos sistemas o instancias; entre pulsiones; en el conflicto edípico que conforma el núcleo de la neurosis (Laplanche y Pontalis, 1968:77-80).

Si retomamos el ejemplo anterior y otra dimensión de conflicto, se puede proponer que el síntoma muestra una lucha entre los deseos retentivos *versus* los expulsivos y un

conflicto más central de ambivalencia amor-odio, tal como Freud lo explicó en relación con el erotismo anal. Este drama central matiza la vida, la conducta y las actitudes del paciente.

Desde esta perspectiva, el objetivo del análisis se centra en desentrañar los sentidos ocultos que lo constituyen. El analista explora los síntomas, que son la expresión simbólica del conflicto psíquico y cuyas raíces están en la historia infantil del sujeto (*Ibid.*, 1968:236). El eje del proceso analítico se sitúa en investigar la naturaleza del conflicto y tratarlo.

El modelo del conflicto ofrece una posibilidad de estudiar y entender la mente como una estructura dinámica donde confluyen diversos aspectos de la personalidad. En la historia del psicoanálisis, este concepto se vuelve complejo y se amplía.

Klein, por ejemplo, enriquece la propuesta freudiana del conflicto al ampliar la dimensión pulsional. Para su escuela, la lucha fundamental ocurre entre los afectos derivados de la pulsión; los avatares entre el amor y el odio serán el eje de la configuración patológica o de la salud mental. El conflicto se sitúa en relación con las emociones predominantes en la mente y la constelación de libretos internos que se articulan en torno de éstos. La lucha pulsional deviene en un modelo de fantasía en el que se contraponen afectos, objetos y defensas conformando una trama.

Por otra parte, a partir del desarrollo de las corrientes que abordan la identificación como un tema central, o las imagos que conforman el *self*, surge un nuevo nivel de conflicto, aquel que tiene lugar en el interior de la identidad. Éste es un tema clínico en boga.

Una mujer busca ayuda terapéutica por la sensación de incomodidad y enfado que le produce haber suspendido una brillante carrera para dedicarse de tiempo completo a su familia. Revela que se vio obligada a tomar esa decisión pensando en el tipo de mujer que fue su madre, quien se dedicaba como tarea casi exclusiva al cuidado de sus hijos.

La paciente admira profundamente el afecto y la entrega con que su madre se dedicó a ella y a sus hermanos. Encontrarse a sí misma como alguien que no puede estar satisfecha siguiendo ese patrón que tanto respeta y elogia la hace sentirse culpable y *mala madre*.

La dimensión de conflicto que aquí se expone toca el referente identificatorio que la paciente tiene en lucha con otra parte de sí misma donde se sabe una profesionalista capaz, inteligente y creativa. La renuncia a cualquiera de estos aspectos propios provoca una sensación de mutilación.

Si bien el tema de las identificaciones conforma una parte indiscutible de las teorías francesas o del pensamiento de Mitchell y Aron (1999) en torno de la multiplicidad del *self*, es importante recordar que Freud ya proponía este problema en relación con el concepto de *ideal del yo*. Esta estructura es, entre otras cosas, resultado del precipitado identificatorio que tiene lugar dentro del yo. La paciente tiene una lucha entre exigencias que la tironean en direcciones opuestas.

Freud abre la posibilidad de penetrar en el dinamismo psíquico al partir de una idea de la mente como un entramado de contenidos, deseos, afectos, representaciones de sí, del mundo y de otros que no concuerdan armoniosamente. Aporta una visión del psiquismo

que es la plataforma de desarrollos posteriores y que mantiene su vigencia como modelo de antagonismos constitutivos en el interior del sujeto.

El conflicto entre distintos aspectos de la mente es el eje de comprensión freudiana. La pregunta central que se plantea entonces es qué sucede en las patologías donde la lucha entre elementos mentales no aparece como lo más relevante. Entonces, ¿qué vigencia tiene la teoría freudiana y, más precisamente, la teoría del conflicto?

Expansión del campo de estudio

Después de Freud, el estudio se orientó hacia los elementos que conforman la estructura de la personalidad y las fallas encontradas en el proceso de estructuración.

El psicoanálisis contemporáneo está fuertemente influido por este interés: la investigación de patologías en las que el despliegue del funcionamiento simbólico se ve impedido, a diferencia de las personalidades neuróticas, se ha vuelto especialmente relevante. La exploración se dirige a valorar la capacidad de procesar las experiencias emocionales, de dotar de significado la vida mental, de construir sueños que elaboran significados mentales. Ciertamente, el paradigma freudiano de conflicto resulta insuficiente para la intervención en estos casos.² Sin embargo, paradójicamente, la voz que afirmaba contundente que el destino particular del método psicoanalítico se dirigía a las neurosis, hacía frente a las ansiedades hipocondriacas y paranoides de un paciente como el Hombre de los Lobos. Freud atendió a pacientes graves que hoy en día se ubicarían dentro de la clasificación de falla estructural. El rango de comprensión clínica abarcaba la neurosis, perversión y psicosis. Los psicóticos, en su condición de neuróticos narcisistas, quedaban fuera de la esfera de análisis al no desarrollar una transferencia con el terapeuta.

El refinamiento técnico y teórico de las décadas subsiguientes amplió el margen de trastornos susceptibles de ser estudiados psicoanalíticamente y permitió establecer distinciones cada vez más sutiles de categorías clínicas. En la actualidad, el campo de acción del psicoanálisis es mucho más amplio y los resultados varían no solo según la gravedad del caso: también dependen de las capacidades emocionales e introspectivas del paciente y del analista.

Tres antecedentes influyeron en el despliegue de la perspectiva del déficit o la falla estructural:

1. El impacto de las teorías de relaciones objetales; la relevancia que adquieren los periodos tempranos del desarrollo.
2. La investigación en torno de pacientes psicóticos, limítrofes (*borderline*); la creación de esta nueva categoría para indagar sobre la estructuración del yo y del *self*.
3. El estudio de la patología psicosomática en relación con la estructuración del pensamiento.

Varios autores contribuyeron a ampliar el campo hacia estas áreas de estudio.

Presentaré a continuación las ideas de aquellos que me parecen más relevantes, en el entendido de que algunas aportaciones valiosas quedarán fuera. Los primeros tres: Michael Balint, Donald Winnicott y Heinz Kohut, comprenden el déficit a partir de privaciones y carencias en el desarrollo temprano; su visión es fundamentalmente ambientalista.

Posteriormente plantearé las posturas de Wilfred Bion, los psicosomatistas de la escuela francesa, André Green, entre otros, para quienes las fallas estructurales no son únicamente producto de las condiciones externas que rodean la infancia. Para éstos, las fallas en la estructuración psíquica tienen también una fuente interna, el funcionamiento mental se empobrece a partir de problemáticas que ocurren en el interior del sujeto.³

Ambiente y déficit

El estrato de la falta básica

Uno de los primeros en afirmar que la técnica de interpretación del conflicto era insuficiente para ciertos trastornos graves fue Sándor Ferenczi.⁴ La reconstrucción del pasado y la emergencia de los elementos psíquicos en pugna no ofrecían al paciente con carencias en su desarrollo temprano la experiencia básica para la reconstitución de su personalidad.

Los temas de la educación y la prevención infantil fueron centrales en los estudios de Ferenczi; sus observaciones en esta área y las propuestas que desarrolló en relación con la técnica lo distanciaron de Freud, quien había sido su mentor, su amigo y su analista. A partir de la indagación de los efectos que los traumas de la infancia ejercen en el desarrollo posterior, Ferenczi propuso que el espacio analítico debe aliviar emocionalmente mediante una atmósfera de confianza y libertad: las relaciones infantiles tempranas aparecían como el núcleo de la patología y la situación analítica tenía como finalidad reconstruir la etapa de amor primitiva (Haynal, 1988:21-28).

El heredero intelectual de Ferenczi fue Balint. Éste inició su formación bajo la tutoría de quien fuera el primer maestro universitario de psicoanálisis (Hungría, tierra natal de ambos, ofreció durante unos años el terreno fértil y plataforma para analistas de la talla de Klein). Más tarde, Balint continuó sus estudios en el Instituto Psicoanalítico de Berlín, al tiempo que se doctoraba en bioquímica. Posteriormente emigró a Inglaterra, donde desarrolló los fundamentos de su teoría.

Balint piensa que si el vínculo madre-hijo es insatisfactorio desde el principio, el individuo se mantendrá en una constante búsqueda de reparación por la falta de un amor primario que se coloca en un lugar central, de manera que el narcisismo es conceptualizado como el atajo para obtener lo que otros no aportaron y la agresión es una reacción por su pérdida. Balint propone que algunos pacientes tienen un nivel de maduración psicológica distinta del edípico y denomina a este fenómeno *falta básica*.

El ámbito de la falta básica es preverbal y preedípico; el lenguaje se experimenta como una forma concreta de tomar contacto, más que como medio de comunicación. Por lo

tanto, las interpretaciones son vividas por este tipo de pacientes como gratificaciones o frustraciones. Los conflictos edípicos tienen lugar en la interacción entre tres personas; en los trastornos que derivan de la falta básica no hay propiamente conflicto: se trata de fallas o huecos que se originan en el vínculo diádico temprano.

El proceso psicoanalítico se propone como un *nuevo comienzo* en el que se edifica la capacidad para establecer una relación de objeto basada en la confianza y el altruismo; así, el objetivo psicoterapéutico se encamina a promover una regresión para acceder a la dimensión de la falta básica. En esta teoría, los atributos emocionales del analista son fundamentales para crear un ambiente de confianza mutua que propicie un estado regresivo (Balint, 1968).

La falta básica alude a una dimensión del psiquismo donde no hay fuerzas que se encuentran y oponen; es una carencia en la estructuración de la mente que deviene de la incapacidad materna para brindar al infante las satisfacciones necesarias que permiten a la mente evolucionar hacia el ámbito edípico.

Posteriormente plantearé cómo esta postura supone un tipo de intervención técnica diferente a la clásica. La interpretación deja de ser el recurso fundamental de intervención. En términos de Balint:

[En el ámbito de la falta básica] las interpretaciones tendrán un poder incomparablemente menor, puesto que aquí no hay un conflicto o un complejo que resolver en el estricto sentido de la palabra, y, además, en el ámbito de la falta básica, de cualquier manera las palabras no son instrumentos muy dignos de confianza (Balint, 1982:196-197).

El falso self

Donald Winnicott es uno de los principales estudiosos de las patologías graves. Explora los vínculos tempranos y propone un modelo alternativo. Su experiencia en pediatría, particularmente en la observación del vínculo entre los infantes y las madres, es la fuente de inspiración para gran parte de sus innovadoras ideas.

La cálida teoría de Winnicott coincidía con su personalidad. Era un hombre afable y bondadoso, le gustaba jugar con los niños y ejercía la pediatría siempre platicando con las madres. Era famoso porque manejaba muy despacio en su camino cotidiano al hospital. Cuando llevaba a un pasajero, solía hablar todo el tiempo. Mientras el invitado escuchaba las palabras de Winnicott, eran víctimas del asedio del claxon de los otros automovilistas. Sin embargo, el conductor no parecía alterarse.

Uno de sus principales intereses fue mostrar cómo el desarrollo emocional temprano resulta esencial en el individuo, ya que define las características del crecimiento subsiguiente; propone que las influencias parentales son determinantes en la estructuración del psiquismo.

Al nacer, el niño es un ser desintegrado, sin discriminación yo-no yo; tiene una *dispersión yoica*. Winnicott considera que hay una tendencia innata al desarrollo, en la que los procesos de integración y diferenciación son necesarios para consolidar la personalidad. Los *instintos* reúnen los fragmentos del yo, y el bebé puede vivenciar breves periodos de integración. Sin embargo, la experiencia fundamental para ello parte

de la función de sostenimiento que la madre hace con el bebé. Dicha función permite que la tendencia innata al desarrollo evolucione adecuadamente. El sostenimiento implica operaciones de tipo fisiológico, físico y emocional que integran los aspectos fragmentados del yo y de la personalidad, que simultáneamente posibilitan futuras diferenciaciones con el objeto (Winnicott, 1962:73-82).

En el primer momento de la vida la función de sostenimiento debe encaminarse a mantener la ilusión de omnipotencia del bebé, quien no discrimina que algo externo llega a su cuidado; piensa que él mismo crea al objeto y la madre es la encargada de preservar este espejismo.

La idea de *omnipotencia infantil* de Winnicott es una de las pocas que mantienen cercanía con el concepto de *narcisismo primario* de Freud, una etapa anobjetal. No hay percepción de la presencia del objeto. El bebé está metido en sí mismo, siente que él mismo provoca las condiciones vitales, como hambre, sueño o satisfacción a través del alimento. La función de la madre, en este periodo, se orienta a mantener esa ilusión. Una madre intuitiva modifica y adapta la cualidad del sostenimiento a las diferentes necesidades que el bebé presenta en cada etapa.

Más tarde, la madre se muestra como un objeto separado y paulatinamente arranca al bebé de la ilusión omnipotente. En este punto Winnicott desarrolla un concepto que alcanzó gran fama no solo en el mundo psicoanalítico, sino también en el de la pedagogía y la pediatría: lo *transicional*, la creación de objetos y fenómenos que contribuyen a estructurar un espacio intermedio entre la madre y el bebé, la realidad externa e interna.

El niño puede dotar de un valor transicional a ciertas cosas, como la franela, una almohada, los muñecos de trapo o a fenómenos y movimientos como el chupeteo, una tonada, o el frotamiento de alguna parte del cuerpo. Estos fenómenos y objetos son el fundamento del espacio interno, un lugar para representar tanto el mundo interior como el exterior y la realidad. La conformación del espacio transicional es un precursor de lo simbólico. Sin embargo, el bebé no es capaz de sostener esta función por sí solo: la presencia de la madre suficientemente buena es un requisito indispensable para que el objeto o fenómeno transicional no pierda su sentido. Cuando la representación de la madre en el interior del niño está dañada, es difícil que el pequeño recurra con constancia a la construcción del plano transicional.

Una vez constituido, el espacio transicional se mantiene toda la vida; es un área mental interna, lúdica, de ilusión, donde los procesos de creatividad y artísticos tienen lugar. La experimentación de un pintor en un lienzo, un instante perpetuado gracias a una nota musical o la calidez de la soledad en compañía de una buena lectura son momentos en los que se suspende el contacto con lo concreto y se recrea el mundo desde el interior. Winnicott alienta a que ésta sea la zona donde el proceso analítico se lleve a cabo (Winnicott, 1971:17-39).

El objeto transicional interviene de una manera determinante en la consolidación del objeto bueno. Al enojarse, el bebé ataca al objeto: dicho ataque no es producto de ningún impulso constitucional, sino de una respuesta a las frustraciones ocasionadas por el ambiente. Cuando el objeto transicional y el de la realidad sobreviven a la agresión,

ocurre un fenómeno medular para la vida mental: se experimenta que la propia agresión no destruye el objeto y éste puede ser incorporado como un objeto firme y sólido dentro de la psique. Simultáneamente, aumenta la capacidad para neutralizar la propia agresión. Por ejemplo:

Un niño de año y medio suele hacer rabietas, se arroja al piso, patatea y golpea a su mamá. La madre, una mujer narcisista, reacciona con indignación y deja al bebé por más de una hora en su cuna y afirma que necesita un *reforzador negativo* para frenar estos episodios. Más tarde el niño suele destruir juguetes y cosas del hogar. Los ciclos de berrinches, rabia y abandono se vuelven recurrentes.

Desde la teoría de Winnicott, podemos suponer que el niño percibe al objeto lastimado por su agresión. Queda a merced de su propia violencia omnipotente que no encuentra un objeto consistente que lo frene y no resulte dañado. El resultado es un trastorno en la incorporación del objeto como algo sólido que sobrevive y limita su ira. No es de extrañar que este pequeño sufra de constantes caídas, golpes y se ponga en situaciones de riesgo personal. El niño no ha podido incorporar un *ambiente lo suficientemente bueno*, la presencia de un objeto fuerte y benévolo que lo cuide desde el interior.

Imaginemos ahora a una madre capaz de tolerar el berrinche, calmar al niño sin angustiarse o enojarse demasiado y permanecer con él. Esta función materna muestra al niño que hay algo más poderoso que su rabia y su deseo de destruir. La solidez del objeto le da al niño la vivencia de continuidad existencial. La confianza hacia el objeto y la posibilidad de que éste sea predecible, confiere la consistencia interna necesaria para el desarrollo psíquico.

La madre incapaz de sostener la ilusión de omnipotencia infantil, *coloca su gesto* frente al niño —quien debe someterse a éste— y rompe el proceso de fortalecimiento del verdadero *self*. Cuando esa solidez no se establece, surge una experiencia de discontinuidad. El niño se ve conducido a construir una coraza que detenga la vivencia interna de falta de integración: el falso *self*.

Es importante decir que Winnicott no plantea una armonía y avenencia total en el vínculo entre la madre y el bebé. En un desarrollo saludable, las fallas ambientales inevitables son valiosas. La frustración modulada permite *crear* al objeto; los desaciertos posibilitan construir y percibir la existencia de un *no yo*. El énfasis que esta teoría coloca en el rol materno suscita reacciones de ansiedad en madres preocupadas por no acoplarse totalmente a las necesidades del bebé. Pensar así sería escuchar parcialmente las palabras de Winnicott, quien atribuye a las discrepancias en el contacto un valor promotor del funcionamiento mental.⁵

Retomando el ejemplo anterior en que el pequeño comienza a exponerse a situaciones de peligro, cabe señalar que la violencia misma puede funcionar como la corteza que genera un efecto de continuidad ante la vivencia de desintegración. Las expresiones maniacas, agresivas o actuaciones riesgosas suelen ser intentos por lograr la cohesión existencial. Otros ejemplos serían las alucinaciones o las ideas delirantes, que, en esta teoría, constituyen medidas defensivas que aportan la ilusión de solidez y están destinadas a proteger al núcleo desvalido y poco consistente del *self*.

Los actos delictivos como el robo, la destructividad y la mentira son intentos de probar

un ambiente que no ha sido lo suficientemente estable, predecible y resistente. Estas actividades hostiles guardan un elemento de esperanza: la demanda inconsciente del individuo es encontrar un objeto que no se destruya para incorporarlo. Detrás de la coraza violenta del delincuente, Winnicott encuentra a un ser frágil, desintegrado, asustado y enojado.

El falso *self* presenta una gradación en los matices que puede adoptar y que implican distintos niveles patológicos. En los casos más saludables, el falso *self* protege al verdadero sin reemplazarlo. Un ejemplo son ciertas actitudes sociales y culturales impostadas, medios para *no llevar el corazón en la mano*.

En los trastornos más graves, el falso *self* sustituye al verdadero: existe una estructura diferente de la neurótica. Se desarrolla un mecanismo defensivo muy sofisticado que protege y a su vez detiene y perjudica la evolución del verdadero *self*. Estos pacientes presentan una falla en el desarrollo de su estructura emocional, no corresponden a la categoría neurótica tradicional en que la psicopatología se cristaliza alrededor del conflicto (Winnicott, 1960:182-199).

En 1959, Winnicott (1959-1964:173-174) asevera que únicamente el *self* verdadero es sujeto de análisis. El analista debe discriminar el grado de patología que la estructura del falso *self* presenta en la personalidad:

La selección le exige al clínico capacidad para detectar la defensa del *self* falso y, si la encuentra, el clínico tendrá que decidir si ella puede resultar de ayuda en el análisis o si es patológicamente poderosa e indica una desventaja inicial tan severa en el desarrollo emocional que lo mejor es no considerar siquiera la posibilidad de un psicoanálisis (Winnicott, *op. cit.*:174).

Hoy no sería tan tajante la disyuntiva entre denominar psicoanálisis únicamente a la intervención con aquellos trastornos en los que impera el verdadero *self*; sin embargo, la reflexión de Winnicott esboza uno de los problemas que este capítulo plantea: si el analista se encuentra frente a un paciente que presenta conflictos, entonces el método psicoanalítico tradicional es pertinente; si el paciente es distinto, resulta necesario desarrollar otra estrategia de intervención que quizás algunos cuestionarían.

Al igual que Balint, Ferenczi y Kohut, cuyas ideas expondré a continuación, Winnicott piensa que existe una modalidad de pacientes que requieren un método específico y distinto del tradicional.

Los argumentos alrededor del falso *self* invitan a pensar en otro tipo de casos donde una falla relevante en el ambiente constituyó un déficit en la estructura psíquica. Las carencias nucleares en el sujeto son compensadas defensivamente mediante una formación que protege —pero limita— la personalidad. El terreno de los enfrentamientos entre distintos contenidos, deseos, representaciones y afectos cede su lugar a un territorio en el que las preguntas centrales giran en torno del origen de la conformación de la mente.

Trastornos en la cohesión del self y la estructura narcisista

Heinz Kohut es otro estudioso de los trastornos severos que desarrolla propuestas

clínicas y técnicas particulares. Nació en Viena y durante la segunda guerra mundial, a raíz de la persecución nazi, huyó a los Estados Unidos, donde su inclinación hacia la neurología y la psiquiatría fue cediendo en favor de un interés centrado en el psicoanálisis. El clima científico que rodeó a este pensador fue de polémica y controversia.

En 1964, ocupó el cargo de presidente de la Asociación Psicoanalítica Americana. Fue vicepresidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional y se esforzó por llegar a la presidencia. Algunos biógrafos de Kohut señalan que, como consecuencia de estas dificultades, lógicas dentro de los grupos humanos, sufrió un leve episodio depresivo, preámbulo de un periodo fecundo y creativo en el que desarrolló las ideas fundamentales de la psicología del *self*.

Se opuso al *establishment* psicoanalítico que, en el contexto estadounidense, sostenía principalmente los enfoques de la psicología del yo. Su teoría e intereses fueron un punto de partida para modificar el énfasis puesto en los conceptos de *pulsiones* y *conflictos*. Pensó que la personalidad se conforma a partir de la manera en que se experimenta el sí mismo en el contexto y la relación con otros; apunta que no es producto de las pulsiones y sus avatares. El sentido de cohesión, constancia y flexibilidad en el *self* deviene de funciones específicas que el ambiente debe proveer (Kohut, 1971).

Kohut modifica el significado de los conceptos freudianos de *libido narcisista* y *libido de objeto*, concebido como fuentes de energía independientes;⁶ en su obra, estos términos no describen la energía o los modos que ésta toma, sino la cualidad de las relaciones con el objeto.

Ambos tipos de libido catectizan objetos, pero de maneras diferentes. La libido objetual catectiza objetos *verdaderos*, separados del sujeto, con los que se establece un sentido de *mutualidad*. La libido narcisista catectiza *objetos del self* percibidos como extensiones del sí mismo, ya sea reflejando grandeza o como una fuente de grandiosidad en la que el sí mismo participa.

Norberto Bleichmar y Celia Leiberman (1989) afirman que los *objetos del self* en la obra de Kohut son objetos externos, como la madre, el padre, etc. Los objetos se introyectan y se articula un vínculo narcisista en el que se viven como partes de sí mismo.

El *self* se construye sobre dos necesidades: la primera se refiere a que el sujeto sea admirado por el objeto; así, el quehacer parental se debe orientar a *espejear* (el niño, de modo coloquial, diría: *Soy maravilloso y lo sabes*). La segunda consiste en idealizar a los objetos fusionándose con ellos (*tú eres maravilloso y yo soy una parte de ti*).

En un desarrollo positivo se da un cambio gradual desde los aspectos poco realistas de las imágenes de sí mismo y los objetos, hacia una internalización de las relaciones externas con objetos del *self* que definen estructuras permanentes dentro de la psique. Este proceso es denominado *internalización transmutativa*, y consiste en la introyección de las funciones de los objetos del *self*.

Las configuraciones grandiosas del sí mismo resultan de la función especular de objetos del *self*, y son la base de la transferencia especular. Gracias a estos aspectos

internalizados, se experimentan aspiraciones estimulantes y vigor por los deseos propios. Un niño necesita objetos que nutran sus sensaciones omnipotentes y le devuelvan una imagen grandiosa de sí. En esto consiste la función especular: se refleja admiración, conformándose así un objeto grandioso del *self*.

Es el caso de una madre que elogia a su hija por lo hermosa que es, se sorprende por su inteligencia, se regocija con su crecimiento y se lo hace saber. O bien, un padre que permite que su hijo tome su calculadora, se siente en su escritorio a *trabajar*, y le dice que, sin duda, será un hombre importante.

En el futuro, este núcleo conformará la base para contar con un impulso interno que oriente al individuo a creer y seguir sus anhelos para experimentar un respeto y un orgullo no pretenciosos de sí mismo. El sentimiento de dignidad personal es, en su origen, la grandiosidad infantil apuntalada por los objetos.

De manera similar, las imágenes del sí mismo, fusionadas con objetos idealizados del *self*, conforman lo que más tarde se expresará como la transferencia idealizada. Los propósitos y valores, aspectos inestimables de la personalidad, proceden de esta conformación psíquica (Kohut, 1971).

El objeto debe ser vivido como fuente confiable de seguridad. El vínculo con el objeto idealizado conlleva una experiencia de fortaleza y tranquilidad. Es importante la presencia y constancia del objeto, tal como aparece en el caso de un padre que le muestra al niño sus habilidades y se hace admirar, o una madre que se presenta segura, satisfecha con sus actividades y permite que los hijos la observen y elogien. Esta función es el germen del que parte el ímpetu por los ideales personales.

La psicopatología se origina por la incapacidad parental para empatizar con las necesidades de espejeo e idealización del niño. Sin embargo, Kohut señala que las fallas ocasionales no constituyen trastornos en la estructuración de los objetos del *self*; la incapacidad crónica de responder apropiadamente es lo que conlleva a daños en la conformación narcisista.

El narcisismo sano, procedente de un equilibrio entre ambos aspectos, aparece expresado como un ímpetu a la vitalidad y al despliegue de las capacidades y talentos personales. En cambio, el narcisismo patológico se ve marcado por la debilidad e incapacidad para mantener una cohesión del *self*, y por una grandiosidad compensatoria que aparece en las formas de arrogancia y displicencia (Simpson, 2000).

Los problemas en la consolidación del narcisismo provocan una falla en la constitución del *self*. Los trastornos psicóticos y limítrofes se caracterizan por la desorganización y fragmentación derivadas de la falta de estructuras arcaicas estables. Por el contrario, en los trastornos de personalidad narcisista hay un sí mismo grandioso cohesivo, pero las imagos de objetos idealizados que se han conformado no se transforman o integran a través de la internalización transmutativa.

Los trastornos narcisistas tienen su base en un déficit de las funciones especulares y de la idealización que los objetos del *self* deben sostener para que se conforme adecuadamente la vivencia narcisista de sí mismo. Kohut desarrolló más tarde la idea de un objeto de *self* gemelar, con el que se comparten vivencias de una manera afín. Las funciones de los objetos del *self* especular, idealizado y gemelar, apuntalan la cohesión

futura de la personalidad.

Siguiendo estas ideas, resulta difícil imaginar que un padre o madre predominantemente narcisistas, centrados en sí mismos y con poco contacto emocional, puedan lograr una buena función especular y fortalecer el *self* grandioso. Asimismo, en el caso de un objeto parental depresivo o masoquista, que se devalúa y se hace maltratar, se complica la consolidación de un objeto del *self* idealizado. Se trata de personas que no admiran a nadie, solo buscan admiradores. Las fallas parentales en la empatía son la base de los trastornos patológicos. Los vínculos empáticos tempranos e infantiles son esenciales para la supervivencia psicológica.

Kohut sostiene que incluso los conflictos expresados en términos clásicos aparecen como resultado de un trastorno narcisista de fondo (Kohut, 1984a). Los impulsos sexuales infantiles no son primarios, sino componentes de una larga cadena de vinculaciones con los objetos del sí mismo empáticos. Un Edipo saludable implica una experiencia de júbilo derivada de la adquisición de nuevas capacidades y de la participación en *vivencias de orgullo* de los objetos del *self*. La falla en los objetos del *self* hace que la experiencia edípica sea conflictiva en lugar de gozosa.

Una niña con un favorable desarrollo del *self* que utiliza el maquillaje de su madre, toma los zapatos de ésta, se viste de princesa y sale a pasear elegantemente por el jardín platicando con un príncipe imaginario, corresponde, desde la psicología del *self*, a las expresiones de un Edipo que tiene lugar en la experiencia de grandiosidad-idealización gracias a la existencia de un *self* cohesivo. La deficiencia en la cohesión del *self* no permitiría que una niña pudiera construir su femineidad de modo placentero.

Así como las pulsiones sexuales edípicas no son consideradas en esta teoría, la agresión destructiva no es calificada como primaria, sino como resultado de los quiebres en las relaciones con los objetos. La rabia siempre es producto de una herida en el sí mismo. Las manifestaciones violentas proceden de una ruptura en la cohesión del *self*.

Las propuestas teóricas de Kohut produjeron, necesariamente, modificaciones técnicas que serán puntualizadas y analizadas posteriormente; baste por ahora decir que las personalidades narcisistas y limítrofes, desde esta perspectiva, no pueden ser abordadas con la técnica clásica, ya que requieren una rehabilitación del sí mismo en un proceso que se aparta del énfasis por *desenmascarar la verdad*. La terapia se encamina a problemas como la rabia narcisista, los sentimientos de fragmentación y vacío, y el intento de mantener una cohesión en el *self* gracias al manejo empático.

Discriminación de categorías conceptuales: ¿déficit o falla estructural?

El término *déficit* frecuentemente se refiere a la condición de privaciones externas que el sujeto sufre en sus primeros años; proviene de las corrientes de pensamiento que privilegian las experiencias reales del paciente, y con él se busca acentuar la falta o escasez de algo que se juzga necesario. Por el contrario, la noción de *conflicto* alude a una dimensión intrapsíquica.

La discusión entre conflicto y déficit, muy presente en la bibliografía psicoanalítica actual, no resulta totalmente procedente, ya que se trata de categorías diferentes: una

metapsicológica y la otra fenoménica-ambientalista (Curtis, 1985).

Las consecuencias clínicas de una teoría del déficit se orientarán a recomendar que se suplan las experiencias de las que se ha carecido. Esto puede resultar simplista y lineal porque lleva a entender el desarrollo infantil sin tomar en cuenta las fallas de percepción que el niño tiene como producto de sus conflictos. Se desecha la complejidad de las interacciones parental-infantiles. Hay una ingenuidad riesgosa al interpretar el mundo del niño como “desatanizado”, desprovisto de envidia, sadismo o curiosidad sexual. No todo déficit en las experiencias tempranas tiene necesariamente como consecuencia una fractura estructural; asimismo, no toda falla psíquica se origina únicamente en vivencias deficitarias.

Uno de los problemas que puede incluso conllevar el énfasis en las teorías ambientalistas es olvidarse de interpretar los aspectos agresivos que sostienen situaciones conflictivas. Killingmo (1986) y Fogel (1987) señalan que en los casos en que el paciente sufrió de una privación temprana que originó fallas estructurales en la personalidad, el sujeto que se encuentra frente al analista no es aquel mismo niño que sufrió carencias. Uno puede mostrarle a un paciente que asiste regularmente y está comprometido con su tratamiento, pero que suele ignorar las palabras del analista, cómo desea que éste lo cuide y atienda como si fuera un niño necesitado, y simultáneamente, compite con las interpretaciones y la función analítica desde la parte edípica de su carácter.

La privación infantil no se mantiene en un estado latente y sin complicaciones, en espera de ser *colmado*; la rabia y la desilusión modifican la naturaleza de las necesidades primarias. Éstas se reestructuran de forma ambivalente, de manera que el paciente se encuentra al mismo tiempo deseando y rechazando lo que el analista le ofrece; hay resistencias caracterológicas que impiden el acceso directo a los estados originales de déficit. Esta idea apunta a criticar las teorías que tratan al paciente como a un *niño cristalizado*: el paciente no es una víctima indefensa en una etapa infantil.

Tomar una postura extrema, ya sea a favor del ambiente o de lo interno, implica perder fuentes de comprensión válidas. Así como destacar lo externo obstruye la mirada sobre lo intrínsecamente destructivo, subrayar únicamente lo intrapsíquico puede conducir a dejar de lado aspectos tan importantes como la identificación o la intersubjetividad.

Los déficits ambientales y los conflictos son elementos que interactúan y operan en una influencia mutua. Hugo Bleichmar (1997), desde su propuesta de intervenciones específicas sobre la depresión, explica cómo el sentimiento de impotencia que desencadena el malestar depresivo puede ser consecuencia de un déficit de recursos yoicos. Tanto el conflicto como la identificación son elementos que suelen encontrarse detrás de aspectos psíquicos deficitarios.

El psicoanálisis mostró cómo el conflicto es capaz de perturbar profundamente el funcionamiento yoico. También, a través de su estudio sobre el papel de la identificación en la estructuración del psiquismo, dejó el camino abierto para estudiar los déficits yoicos que tienen la identificación como causa: hay déficit por identificación con padres que lo presentan, pues nadie puede incorporar de los personajes significativos aquello que éstos

no poseen (*Ibid.*:59).

Una mujer depresiva, desvitalizada y con un sentimiento crónico de impotencia y desesperanza, se encontraba identificada con la vergüenza que su madre sentía hacia ella. La identidad de esta paciente, la representación de sí misma, se constituyó desde la identificación con una madre soltera, trabajadora doméstica, para quien la hija significaba su falta. Un déficit básico en el proceso de narcisización se situaba en el fondo de la depresión.

Además de los conflictos que producen déficits yoicos, o la identificación con figuras parentales con déficit, ciertas simbiosis con un objeto significativo que usurpa funciones yoicas determina que éstas no se desarrollen. El yo, que se desarrolla con base en posibilidades madurativas, pero también en las identificaciones y en las interacciones con un otro que permite el ejercicio de funciones, puede quedar mutilado si hay un trastorno en cualquiera de estas tres dimensiones (*Ibid.*:60).

Es cierto que para referirse a fallas en la estructura psíquica, varios autores utilizan el término *déficit estructural*. Conservar términos como *déficit simbólico* o *estructural* es válido, ya que con ellos se hace referencia a las lagunas en la construcción del psiquismo. El punto central radica en tomar en cuenta que las tendencias ambientalistas establecen una analogía entre el déficit y las fallas estructurales, y corren el riesgo de ignorar los factores internos.

Algunos pensadores coinciden en que el terreno de las fallas en la estructura psíquica es un campo de investigación analítica central, pero no equiparan los trastornos graves a un problema en el orden del déficit ambiental como única condición para la psicopatología. Bion destaca el elemento de odio en la destrucción del pensamiento; varios estudiosos de la psicósomática toman en cuenta la economía interna del aparato mental; Green pondera el lugar del afecto en la desorganización del psiquismo.

Eslabones internos y externos en la constitución de las fallas estructurales

El pensamiento

Verdad, dolor mental y pensamiento, son conceptos presentes en la obra de Wilfred Bion. Quisiera destacar la influencia que sus ideas tienen en la comprensión de los trastornos graves de la personalidad.

Con Klein se evidencia que los avatares del conflicto entre el amor y el odio al objeto tienen una consecuencia determinante en la construcción de la mente. El caso Dick, por ejemplo, alude a una detención severa del desarrollo en todas las áreas, particularmente en el funcionamiento simbólico, producto de la supresión del sadismo. El impulso epistemofílico, cargado de destrucción, pero asociado a la posibilidad de conocimiento del objeto, cesa como último recurso frente a la precocidad genital y al temor retaliatorio.

La posesión y exploración sadística del cuerpo materno y el mundo exterior (el cuerpo de la madre por extensión), quedan detenidas y esto produce la suspensión más o menos completa de la relación simbólica con cosas y objetos que representan el cuerpo de la madre y, por ende, del contacto del sujeto con su ambiente y con la realidad en general (Klein, 1930:237).

Klein incursiona en el estudio de la psicopatología y el desarrollo temprano enfatizando los aspectos endopsíquicos⁷ sobre los ambientales. La formación de una capacidad simbólica adecuada es el resultado de las disputas en el interior de la mente entre la destrucción y la reparación de los objetos.

Bion retoma los conceptos centrales del kleinianismo y da un paso más allá al investigar los fenómenos protometales que paralizan el pensamiento, empobrecen la personalidad y debilitan la estructura de la mente. Establece un puente explicativo entre los elementos externos en los cuales el psiquismo se apunala para su desarrollo y los factores internos que gestan el detrimento o avance del progreso emocional.

A manera de una banda de Moebius,⁸ la noción de *continente-contenido*, en la que se señalan las cualidades emocionales del objeto, se enlaza con la idea de verdad, sustancia nutritiva para la mente que emana del interior del aparato psíquico. La popularización del concepto continente-contenido trasciende las fronteras psicoanalíticas y se extiende a la psicología, la pedagogía y otras disciplinas humanísticas.

La teoría ontogenética⁹ que Bion propone afirma que el bebé tiene una preconcepción innata de un pecho y se encuentra con una realización, una experiencia felizmente coincidente, que da origen a la concepción del pecho. De este momento en adelante, la ansiedad es experimentada a la manera de un objeto malo, un no pecho, que debe ser expulsado. El grito del bebé, llamada que alerta a algunas madres y resulta intolerable para otras, es una forma de expulsar a este objeto junto con la parte de la personalidad angustiada.

La función de la madre consiste en recibir las identificaciones proyectivas del bebé y regresarle la parte expulsada de sí mismo, junto con un pecho presente que sustituye al no pecho. Las *partículas beta*, fragmentos caóticos imposibles de procesar, son sustituidas por *elementos alfa*, unidades básicas susceptibles de ser pensadas y construir pensamientos.

La madre que, inoculada por la identificación proyectiva del desasosiego infantil, puede identificarse con la fragilidad del bebé y su angustia, recibe lo proyectado y calma al infante; desarrolla una función de *rêverie*. Este proceso implica un agudo ejercicio mental-emocional que, en la mejor de las situaciones, culmina con la posibilidad de introyectar al pecho continente como objeto interno (Bion, 1962).¹⁰

Es común observar que las madres de recién nacidos estén preocupadas por la adecuada respiración de éstos, incluso, la mercadotecnia moderna encuentra en la ansiedad natural de los primeros contactos un buen punto comercial para ofrecer productos prenatales que permiten comprobar constantemente que el bebé respira. Si bien es cierto que una madre puede encontrarse particularmente ansiosa por sus propias fantasías hostiles hacia el bebé, gracias a Bion no podemos descartar que una nueva fantasía se crea en la relación —producto de lo expulsado por el pequeño— y se empalma con aquellas que proceden de la madre.

Junto con la introyección del objeto, el bebé incorpora las funciones que éste despliega para su cuidado. La internalización de los atributos emocionales y del desempeño del objeto es la base del desarrollo de una capacidad y un aparato para pensar las emociones.

Si la madre no puede tolerar las proyecciones del niño, éste se identifica con un objeto desprovisto de la aptitud para comprender (Meltzer, 1978:49-51).

La función de *rêverie* consiste en un estado anímico dispuesto a acoger las emociones del niño en el cual se reciben las identificaciones proyectivas y se devuelve un afecto tranquilizador. En este concepto se integra un componente emocional al mismo tiempo que mental: no solo tiene que ver con una actividad afectuosa, sino también simbólica. La función que la madre desempeña en el *rêverie* apunta a crear pensamientos oníricos, pensamientos susceptibles de ser pensados.

El vínculo K, una de las modalidades de funcionamiento donde predomina el conocimiento y la verdad, se establece a través del *rêverie*. El pecho, ahora como objeto interno, ayuda a que la función alfa se torne operativa en la mente del bebé; posteriormente se perderá, debido a los efectos de los ataques sádicos. Esto sienta las bases para un estado que oscila entre estar capacitado para pensar y no estarlo.

Sin embargo, no todo depende del continente materno; la tolerancia innata a la frustración es también otro factor que interviene en el desarrollo del pensamiento. La *envidia al objeto*, término kleiniano por excelencia, influye para que el bebé intente evitar la frustración en lugar de tolerarla. Al evitar la frustración o el dolor mental, la identificación proyectiva se utiliza omnipotentemente. La mente funciona, entonces, no como un constructor de pensamientos, sino como un músculo de descarga (Grinberg, Sor y Tabak, 1972:60-65).

Si la intolerancia a la frustración no es demasiado intensa, la modificación se convierte en el fin dominante. [...] Si la intolerancia a la frustración predomina, se toman medidas para evadir la percepción de la realización por medio de ataques destructivos [...]. La incapacidad para tolerar la frustración puede obstruir el desarrollo de pensamientos y de una capacidad de pensar [...]. Si la intolerancia a la frustración no es tan grande como para poner en actividad los mecanismos de evasión, pero es lo suficientemente intensa como para predominar sobre el principio de realidad, la personalidad desarrolla omnipotencia como sustituto de la conjunción de la preconcepción o de la concepción, con la realización negativa de un hecho. Esto implica que se asume la omnisciencia como sustituto del aprendizaje a través de la experiencia con la ayuda de pensamientos y del pensar. No existe por lo tanto una actividad psíquica que discrimine entre lo verdadero y lo falso (Bion, 1967: 155-157).

La vitalidad y el significado son resultado de la *digestión* de experiencias emocionales. La verdad y la mentira son alimento y veneno, respectivamente, para el pensamiento y el desarrollo de la personalidad. La patología del pensamiento consiste en modificar la verdad para formar la mentira. Son maniobras de las que el individuo se vale para negar la realidad. No se busca representar una experiencia emocional, sino tergiversarla para hacerla aparecer como cumplida (Grinberg, Sor, Tabak, 1972:110-113).

La función continente-contenido, que se sostuvo como una hipótesis ontogenética, cobra una dimensión metapsicológica y clínica. El sujeto puede poseer esta capacidad para reconocer y metabolizar sus estados emocionales o, si carece de ella, evadirlos. El vínculo K, es decir, el contacto que se desarrolla frente a las experiencias emocionales, trae consigo dolor mental; éste podrá ser aceptado, modificado o evadido.

Gracias a Bion queda claro que es diferente entender racionalmente las interpretaciones que comprenderlas emocionalmente. El pensamiento aparece cuando se

significa desde lo afectivo.

Pensar es la función por medio de la cual se aprende de la experiencia tolerando la verdad. Las emociones e impresiones sensoriales son transformadas en recuerdos y dotadas de sentido, esto proporciona al aparato mental el tipo de experiencia de la que surge una *sensación de confianza* para discernir la verdad. El juicio de realidad implica tener una *visión binocular*,¹¹ y depende de los sentimientos de confianza que permiten ver la verdad, no la *cosa en sí misma* (Meltzer, 1978:74-76).

En la teoría de Bion, los procesos defensivos son conceptualizados aguda y críticamente. Para Freud y la psicología del yo, los mecanismos que sirven de defensa empobrecen al yo, pero dejan una esfera libre de daño. Para Bion, las defensas por intolerancia a la verdad tienen consecuencias devastadoras para la mente: destruyen el simbolismo y la imaginación. Cuando en una personalidad predomina la verdad, el orgullo se transforma en autorrespeto, mientras que si predomina la mentira, el mismo se transforma en arrogancia.

Dos vertientes de experiencia personal conducen a Bion a enriquecer sus observaciones en torno de las áreas de pensamiento o funcionamiento protomental: el trabajo con grupos y los estudios sobre psicosis.

Durante la década de los cuarentas la atención de Bion se dirigió hacia el estudio de los procesos de grupo, sus investigaciones culminaron en la publicación de una serie de escritos titulada *Experiencias en grupo* (Bion, 1959). Una de las observaciones centrales es la falta de correlación entre la conducta irracional y la pérdida de juicio crítico que manifiestan los miembros de un grupo, en contraste con el nivel de inteligencia y habilidad que denotaban fuera de la situación grupal.

Basándose en estas observaciones, Bion crea la noción de *supuesto básico* para referirse a la mentalidad grupal que suele suplantar la capacidad de pensamiento de los miembros como individuos. Los supuestos básicos develan la presencia de fantasías inconscientes arcaicas, emociones intensas y primitivas, y expresan deseos omnipotentes o mágicos compartidos. Son irracionales y prevalecen de manera anónima, incluso oponiéndose a la opinión racional y consciente de los integrantes del grupo.

Una de las grandes aportaciones de la teoría bioniana de este tiempo es la distinción entre la identificación proyectiva como mecanismo evacuativo de fragmentos del psiquismo o como medio de comunicación que influye sobre el receptor.

Otra idea central es la comprensión del ataque que el psicótico hace sobre la percepción de su realidad interna. En la psicosis hay un embate contra los *vínculos* entre contenidos mentales. Bion entiende que en la producción del pensamiento se vinculan objetos y esto es la base para la creatividad; es la expresión de la reparación depresiva de la pareja interna. La unión de la pareja parental supone una relación fecunda, de la misma manera que pensar implica ligar sentidos.

Los enlaces entre significados generan envidia, porque representan la cópula de la pareja parental, de manera que se disuelven violentamente los lazos hasta que finalmente los objetos no pueden ser reunidos. El odio hacia los objetos y la persecución resultante domina la actividad mental. La destrucción de las conexiones acarrea un desastre para el

psiquismo, el uso excesivo de la identificación proyectiva y la escisión produce la fragmentación característica de la psicosis, que suplanta al pensamiento basado en la comunicación simbólica (Glover, 1998).

La investigación relativa a los procesos psicóticos y a los grupos ilumina la comprensión sobre la mente humana en general: incluso en un funcionamiento neurótico se encuentra una dimensión psicótica, protomental, que tiene lugar a pesar de que ésta no sea la estructura general que predomina en el individuo.

Mi experiencia de estas teorías en la práctica me ha convencido de que el tratamiento de la personalidad psicótica no tendrá éxito hasta que los ataques destructivos del paciente a su yo y la sustitución por la represión y la introyección de la identificación proyectiva, hayan sido elaboradas. Es más, yo considero que hasta en el neurótico, hay una personalidad psicótica que tiene que ser tratada de igual manera antes de lograr éxito (Bion, 1967:63).

En el tratamiento se atacan las bases de la relación creativa. El paciente envidia y daña el vínculo creador que puede construir con el analista y lo transforma en una sexualidad hostil y destructiva que vuelve estéril a la pareja; se destruye la armonía entre diferentes aspectos de sí mismo. En la clínica esto se expresa de múltiples formas, que incluyen los *acting outs*, los actos delictivos o las amenazas de suicidio, entre otras. A continuación presentaré una viñeta que ilustra estas ideas.

Crónica de una mentira, intoxicación y déficit estructural

Un paciente de 40 años tiene el siguiente sueño:

Un adolescente que vive en una *pocilga*. Su madre llega por él y le dice que vaya a vivir a su casa, que es mucho mejor que el lugar donde se encuentra. El adolescente le responde que prefiere vivir solo, en condiciones miserables, a ir con ella.

Sesiones después relata otro sueño:

Alguien semejante a Frida Kahlo, muy blanca, de pelo largo y negro —*pero no es usted, porque estaba gordita*—, le enseña a pintar. No le sale bien el dibujo, aunque sabe que es muy fácil. La compañera a su lado lo ayuda a escondidas de la maestra y eso lo hace sentir muy humillado. Sin embargo, más tarde hace bien la pintura.

Me comenta que ha pensado disminuir una sesión porque venir tantas veces implica tener solo un punto de vista; que actualmente se requieren varios planos para entender bien las cosas (!) y que él necesita comenzar a pensar por sí mismo, no que yo le imponga mis ideas. Recuerda una interpretación en la que le mostraba la rivalidad con uno de sus hermanos, lo cual provocó su enojo.

El material se puede comprender desde varias perspectivas: existe un problema de dolor mental para tolerar un vínculo de dependencia donde es el otro quien lo nutre; también hay un elemento de *tergiversación de la verdad*. En el sueño en que copia, aparece el mecanismo tramposo que él utiliza. Menciona un recurso que aparece como válido: la riqueza de visiones, pero lo usa desde la parte infantil-adolescente rebelde de su mente por el odio que genera la madre-maestra-analista idealizada (Frida Kahlo). Modifica la verdad para formar la mentira; toma un elemento aislado, una parte parcial de la interpretación (aquella acerca de la rivalidad con su hermano) para mostrarme que

yo no hago suficientemente bien mi trabajo. Esto es un ejemplo de ataque a la verdad, *K*, donde se pierde la *visión binocular*; las interpretaciones se transforman en una *cosa en sí*, peligrosa, que lo daña y se le impone dictatorialmente.

Más tarde aparece otro sueño:

Unos policías llevan a un asaltante o un delincuente, *alguien como* el Chapo,¹² a la cárcel. Otro policía se mete por un túnel, porque los que llevan al *Chapo*, son corruptos y planean dejarlo ir. El agente bueno va a atrapar al *Chapo*, pero en realidad es un terrorista. Trae una carga de explosivos y cuando está dentro del túnel los detona y causa una gran explosión; los pedazos del cuerpo yacen esparcidos por toda la calle. Los veo regados por todas partes, pero no me los quedo mirando fijamente.

Este sueño coincidió con un momento transferencial complicado. Las interpretaciones enunciadas en otras ocasiones se fragmentaban, tal como el cuerpo en la explosión, y se utilizaban para atacar el vínculo analítico. Pedazos de interpretaciones donde yo había señalado el enojo o la rivalidad se sacaban de contexto para corroborar que mi intención era dañina. Se intentaba demostrar la poca validez del método y de la analista.

En estos momentos, el odio toma prioridad en la mente, así como el *-K*, que aparece en el sueño poblado de personajes tramposos, impostores, con intenciones destructivas y que presentan fachadas honestas. El continente es víctima de un ataque. Todo se rompe o explota; queda un estado mental donde la *sensación de confianza* que posibilita *discernir la verdad* ha sido destruida y los elementos paranoides inundan el clima transferencial. Interpretar los aspectos violentos o destructivos incrementa la ansiedad paranoide. La velocidad con la que se devuelven las proyecciones debe ser moderada, porque el paciente las experimenta —en una identificación proyectiva— como explosiones destructivas que provienen del analista.

Me parece importante reflexionar sobre un punto que parte de la idea bioniana de *continente*: las interpretaciones prematuras que devuelven lo proyectado también pueden responder a una actuación contratransferencial del analista que no tolera las identificaciones proyectivas, la violencia y la confusión del paciente. El proceso interpretativo de todos estos aspectos, sin una metabolización de las emociones del paciente, será producto de la necesidad del analista por deshacerse de las *partículas beta* con las que ha sido inoculado.

Bion menciona que la interpretación-construcción es el instrumento fundamental para esclarecer el *objeto psicoanalítico*. Sin embargo, también aclara que esta interpretación debe estar sostenida por una función continente.

En estos momentos complicados y dolorosos que el analista suele atravesar con pacientes graves, conviene recordar las palabras de analistas de la talla de Bion o Meltzer: “El punto central reside, por supuesto, en que el analista asuma el soportar, dentro del límite de su capacidad, el ataque directo de las proyecciones de dolor mental del paciente” (Meltzer, 1967:141).

Con la idea del aspecto psicótico de la personalidad, Bion se acerca a los teóricos de las estructuras limítrofes. Es claro que en estos pacientes las ansiedades predominantes son arcaicas, el pensamiento es desorganizado y predomina un componente potencial

destrutivo.¹³ Y, más aún, este concepto invita a cuestionar los aspectos graves de cualquier tipo de patología. No solo se ilumina el concepto de *fronterizo*, sino que ayuda a comprender y discriminar elementos primitivos, desmentalizados, y momentos de angustia aguda en pacientes que presentan una estructura predominantemente neurótica. Además, se observa cómo las áreas de conflicto son amplificadas y resignificadas desde las ansiedades psicóticas.

Mi paciente muestra una intensa rivalidad conmigo, critica mis interpretaciones y aporta sueños que exponen la aguda dificultad que tiene en valorar y depender del objeto. La pugna con su madre, inscrita en una dinámica edípica de amor por el padre y competencia con los hermanos, es un aspecto que se reproduce claramente en la transferencia. Y, no obstante la cualidad ya problemática-neurótica de las emociones, éstas toman una nueva dimensión cuando entre en juego la parte tergiversadora y paranoide del carácter.

El dolor psíquico de reconocer los afectos, que en sí mismos podrían ser catalogados como neuróticos o edípicos —no arcaicos ni primitivos— es tan intenso que se echan a andar estrategias de evasión mental. El paciente desfigura la realidad, queda empobrecido en su capacidad simbólica y de pensamiento. Este resultado no es solo producto de un déficit ambiental que le suscita fallas en su desarrollo emocional, sino que también es derivado de una intensa actividad intrapsíquica en la que impera la mentira.

Carlos Moguillansky (2006) explica cómo para algunos púberes la irrupción de la sexualidad rompe inesperadamente las barreras rudimentarias sostenidas por la narración o el relato familiar que dotan de significación a las experiencias. El adolescente que no puede llevar a cabo una síntesis adecuada de su mundo infantil y su sexualidad, llega a experimentar su cuerpo como impresentable, no propio, desarraigado, o bien, lo confunde con un enemigo interno. En estos casos, la sexualidad se vive como un desorden, una situación intolerable, inesperada y dolorosa. Si el adolescente no es capaz de encontrar, mediante funciones propias o ajenas, un referente simbólico y continente que le permita integrar la verdad de su psiquismo, la confusión y los estados de extrema disociación pueden llevarlo incluso al suicidio.

La falla en la estructura de la personalidad, que se manifiesta en el grado de funcionamiento simbólico y emocional, puede tener como origen una insuficiencia o anomalía ambiental. Esta idea orienta técnicamente al clínico a tomar en cuenta el matiz *reconstitutivo* de las intervenciones, así como a ser cuidadoso con los tiempos y tonos de la interpretación. Sin embargo, la comprensión de que hay elementos del carácter que coadyuvan dinámicamente en detrimento de las capacidades mentales, exhorta a no tomar una postura ingenua que deje de lado la intervención frontal.

Aportaciones de la escuela psicosomática

Considero importante incluir brevemente el enfoque que la escuela psicosomática aporta al psicoanálisis contemporáneo. El análisis de los trastornos psicosomáticos apunta a la necesidad de una clínica que aborde no solo los aspectos conflictivos tradicionalmente

entendidos, sino también los elementos arcaicos, no simbólicos del carácter.

El cambio desde la idea inicial acerca de los trastornos psicosomáticos hasta la actualidad ha sido radical. Por una parte, hay una clara diferenciación respecto de las expresiones neuróticas y, por otra, la concepción de *psicogénesis* ha sido abandonada (Leiberman y Bleichmar, 2001:256).

Hoy, el padecimiento psicosomático no se considera un síntoma interpretable, traducible o con un sentido a descifrar como, por ejemplo, en la histeria, en la cual el analista se preocupa por levantar la represión y encontrar el significado inconsciente. Tampoco se piensa que exista una fantasía arcaica particular que genere un determinado tipo de trastorno, como la incorporación de un objeto atacado produciendo una úlcera gástrica.

En el caso Dora, Freud explica que su tos y la afonía se vinculaban con varios significados: la identificación con la Sra. K, que señalaba su deseo por el Sr. K.; la fantasía de *fellatio*, relacionada con que había sido una *chupeteadora* en la infancia; o la figuración del coito, al repetir sonidos que había escuchado y espiado. La idea básica que guía este análisis es encontrar significados concretos detrás del síntoma (Freud, 1905:43).

Con los avances en el estudio de los trastornos psicosomáticos se llega a entender que, a diferencia de los síntomas neuróticos, en estos padecimientos no es posible encontrar un sentido reprimido porque el padecimiento no proviene de una represión de contenidos. Más bien hay una falla estructural en la constitución psíquica, donde el proceso simbólico no alcanza a representar las experiencias emocionales.

Las nociones en el área de la psicosomática van aparejadas con los desarrollos en campos como la psicosis o el de los fronterizos, donde la investigación se orienta a discriminar las construcciones simbólicas y de pensamiento que se encuentran en estas patologías, encontrando similitudes significativas. Pierre Marty y Michel de M'Uzan, psicoanalistas fundadores del Instituto de Psicosomática de París,¹⁴ observan que la capacidad de vida imaginativa y de fantasía de los pacientes psicosomáticos suele ser pobre; el funcionamiento mental se encuentra muy apegado a la realidad. Denominan *pensamiento operatorio* a esta modalidad emocional (Marty y M'Uzan, 1963:345-356).

En el individuo psicosomático se percibe una *depresión esencial*, un estado de apatía, indiferencia y pérdida de vitalidad. Se presume que en un proceso normal de desarrollo, la madre vitaliza al bebé con su presencia, con su voz; la madre *revive* al bebé con su mirada. En estos pacientes, la función materna falla y genera un déficit del proceso secundario que deriva en la *desorganización psicosomática* (Marty, 1980).

El concepto de *pensamiento operatorio* se enlaza con el de *alexitimia*, término que desarrolló Peter Sifneos para referirse al carácter que presenta una comunicación estéril como consecuencia de trastornos simbólicos y afectivos (Leiberman y Bleichmar, 2001:263-264). Si bien el *pensamiento operatorio* y el estilo *alexitímico* no son específicos de los padecimientos psicosomáticos, estas descripciones contribuyen a develar que el fundamento de dichos trastornos se encuentra en la conformación estructural de la personalidad, en una carencia al interior del funcionamiento mental.

Por su parte, Joyce McDougall¹⁵ elabora una obra donde confluyen los pensamientos

británicos y franceses que contienen ideas kleinianas y poskleinianas. Conserva una visión muy personal, pero incluye las influencias de Winnicott, Bion y Lacan. En sus trabajos, destaca la concepción del psiquismo basado en relaciones de objeto dentro de un mundo interno representado como un escenario. Piensa que en los procesos psicosomáticos se destruye el significado de la experiencia junto con la capacidad mental para darle sentido. En dichos trastornos las vivencias emocionales no son registradas ni adquieren sentidos, no se pueden pensar; el afecto no ingresa en el proceso simbólico. Se destruye la memoria de la experiencia conflictiva que trae aparejada emociones arcaicas intolerables; la significación queda en un nivel protosimbólico.

en la regresión psicosomática se produce un fenómeno psíquico similar al que sucede en la psicosis. Las palabras, vaciadas de su contenido afectivo, pierden su valor simbólico y se tratan como cosas; la experiencia psíquica que debieran contener (es decir, las representaciones de palabra y el afecto que les está ligado) es eyectada fuera de la psique, en lugar de ser reprimida para alimentar el capital psíquico del que se sirve la psique para fabricar síntomas psicológicos; éstos le sirven eventualmente para preservar el cuerpo de la expresión psicosomática (McDougall, 1989:72-73).

La disfunción psicosomática supone una defensa frente a angustias devastadoras y arcaicas; el mal físico define los límites corporales. Uno de los problemas implícitos en estos padecimientos es el del vínculo temprano, la relación con una madre que impone al niño sus necesidades, donde predomina la ansiedad de fusión-aniquilamiento. En este caso, la eclosión psicosomática aparece como el mecanismo último y precario de diferenciación del campo corporal personal. El cuerpo desarrolla estructuras defensivas frente a temores psicóticos: pérdida de identidad, ansiedades de fragmentación, confusión con el otro, traumas tempranos, experiencias de maternaje que le generan frustración y odio.

La eclosión psicosomática no se restringe a una modalidad de carácter; el ser humano es propenso a somatizar frente a emociones que lo vulneran. McDougall relata su experiencia personal, una intensa urticaria la invadía cada vez que viajaba a la granja de *mater*, su abuela, mujer amenazante y autoritaria a los ojos de la pequeña Joyce.

La presencia de episodios psicosomáticos tiene lugar incluso en aquellos individuos que no utilizan la somatización como modo de defensa sistemático, y en quienes mantienen una estructura *alexitímica* o un *pensamiento operatorio* preponderante (McDougall, 1989:74).

Cuerpo y mente establecen una compulsión a la repetición; el mecanismo psicosomático se repite cuando hay estímulos amenazantes. Esto hace que algunos padecimientos sean particularmente refractarios al proceso analítico. Hay un compromiso mente-cuerpo que se perpetúa.

El mensaje primitivo proveniente de la psique repercutirá en el funcionamiento somático del sujeto, siguiendo las huellas contenidas en la memoria de la que está dotado el funcionamiento automático del cuerpo. Todos somos capaces, en aquellos momentos en que fracasan nuestras defensas habituales ante el desamparo psíquico, de “somatizar” nuestro dolor mental (McDougall, 1989:73).

Los fenómenos psicosomáticos, que corresponden a la dimensión más arcaica de la personalidad, sobrevienen en cualquier sujeto, aunque presente una constelación

caracterológica en la que predomine un funcionamiento simbólico adecuado.

Los padecimientos psicosomáticos también pueden ser explicados desde una falla en la constitución de la estructura de la personalidad. Así, se redefine lo imaginario como una organización que se construye a partir de la relación madre-bebé. Lo imaginario es la subjetividad misma, es la articulación de la función del pensamiento donde se llevan a cabo las transformaciones de lo objetivo en subjetivo y viceversa. Dicha función no se encuentra en el paciente psicosomático, se carece de todo sistema y organización (véase Leiberman y Bleichmar, 2001:272-273).

Juan Tubert-Oklander (2006), acentúa la escisión presente en los padecimientos psicosomáticos:

De ahí que la creencia en la existencia de una “mente” como algo diferente y separado del “cuerpo” resulte ser siempre la expresión de una maniobra defensiva. Un resultado de lo anterior es la desvalorización y negación de la vida emocional. [...] Evidentemente, esta disociación resulta necesaria y operativa para lidiar con las múltiples exigencias de la vida, a condición de que el uso de este recurso sea flexible y permita la recuperación periódica de la unidad psicosomática original. Cuando esto no es así, la disociación se torna rígida y permanente, y el sujeto comienza a presentar dificultades y perturbaciones [...].

Las propuestas técnicas que se desprenden de estos enfoques serán estudiadas a profundidad más adelante. Sin embargo, adelantaré que el objetivo analítico y la aproximación clínica se modifican de acuerdo con la postura freudiana clásica, en tanto que no hay un contenido a descifrar, sino una capacidad mental a construir. La función de contacto con el paciente a través de la voz, el clima afectivo que se desarrolle en la sesión, la capacidad imaginativa y la vitalización que transmita el contacto con el analista son elementos que tendrán un peso importante en el tratamiento de estos pacientes.

Para ilustrar estas ideas mencionaré el caso de un pequeño de cinco años que llega a tratamiento porque la familia lo percibe afeminado. En la historia del desarrollo aparece un dato significativo: el niño padece una neurodermatitis recurrente desde el octavo mes de vida. Pido a la madre que se remonte a aquel tiempo; el primer recuerdo que emerge se relaciona con los intensos conflictos que en aquella época tenía con su marido, que la llevaron a separarse de él durante un tiempo. La dificultad y confusión de aquella etapa se incrementó por la noticia de que se encontraba encinta.

Resultó claro que la primera eclosión psicosomática tenía una estrecha vinculación con el estado emocional de la madre. En términos de Joyce McDougall: “El *infans* no es capaz de utilizar el pensamiento verbal y, cuando falta la función materna de paraexcitación, debe encontrar otro modo de enfrentarse a las tormentas afectivas o a los estados de excitación y de dolor inelaborables” (McDougall, 1989:72).

El primer cuadro de enfermedad que presentó fue grave, las excoriaciones abarcaban toda la espalda y nalgas del bebé, posteriormente el trastorno se ubicó principalmente en cuello y manos.

El enrojecimiento y erosión de su piel nos acompañó los primeros dos años de tratamiento. Nos percatamos de que, frente a las separaciones, se incrementaban la ira evitada o la erotización intensa, las irritaciones y el malestar. Fuimos testigos del *mensaje primitivo* que formulaba su cuerpo. No obstante, no había un código capaz de descifrar su sentido. El problema central radicaba en eso: la carencia de un código.

Los temas del tratamiento giraron alrededor del análisis de sus conflictos edípicos, los celos con sus hermanos, las emociones posesivas en relación con su madre-analista, la adhesión a aspectos femeninos, la posición pasiva respecto de los deseos homosexuales por el padre, las ansiedades de separación y la identificación como un mecanismo protector frente a éstas,¹⁶ entre otros. Las manifestaciones psicosomáticas

eran visibles, hablábamos sobre ellas, pero no se interpretaron directamente.

Después de un periodo prolongado sin ningún brote, presentó una nueva reacción psicosomática frente a una suspensión del análisis a causa de mi embarazo. Un par de años más tarde, y a unos meses de la terminación de su análisis, el paciente transita por segunda vez la experiencia de otro embarazo-parto de su analista. En esta ocasión, a diferencia de la anterior, amenaza con abandonar e interrumpir el tratamiento; tiene un periodo de enuresis que cede relativamente rápido y no enferma. La reacción abiertamente violenta y la construcción de un síntoma que tiene el trasfondo de un conflicto permitieron un abordaje directo y caracterizaron otro nivel de funcionamiento mental. La emergencia del síntoma enurético en esta ocasión es una señal de mejoría significativa.

En este caso en particular, los logros del tratamiento en cuanto al trastorno psicosomático fueron significativos. Sin embargo, no siempre es así. Como McDougall señala, estas áreas pueden ser sumamente persistentes y reacias al abordaje clínico. Al igual que el campo de la patología grave en general, la psicosomática continúa siendo un territorio de investigación, un espacio lleno de enigmas donde la certeza no existe.¹⁷

André Green, el silencio de lo simbólico

La independencia de pensamiento, creatividad y erudición son algunas de las cualidades que hacen de André Green¹⁸ uno de los grandes psicoanalistas contemporáneos. Mostró su vocación de autonomía cuando participó en el seminario de Lacan durante siete años, de 1960 a 1967,¹⁹ cuando aún pertenecía a la Sociedad Psicoanalítica de París y, otra vez, cuando se distanció de sus enseñanzas al cuestionar el lugar del *afecto*²⁰ en el cuerpo teórico lacaniano.

No obstante su ruptura con Lacan, la influencia de éste se respira en todos sus textos. Otra línea preponderante en sus reflexiones la marca la presencia de Bion y Winnicott, cuyas ideas son aprehendidas y asimiladas en su teoría.

La investigación en torno de los elementos no neuróticos de la personalidad acompaña a este ávido analista en el recorrido de su razonamiento. En sus escritos, un hilo conductor es el estudio de fenómenos clínicos que rebasan la comprensión tradicional de los conflictos mentales: el afecto quebrantando la cadena de representaciones (Green, 1973), lo negativo (Green, 1972), el narcisismo en su relación con la pulsión de muerte (Green, 1983; 1986a), las construcciones pseudosimbólicas que tapan un vacío (Green, 1972) y la función desobjetalizante producto del proceso destructivo y antagonista de la sexualidad (Green, 1986b).

En 1994 André Green dictó una serie de conferencias y fue entrevistado en la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. En ese momento retoma un punto estudiado tiempo atrás: la vigencia del problema freudiano entre la representación y el afecto.

La segunda tópica y el último modelo freudiano de las pulsiones sitúan al afecto en un lugar preponderante.²¹ La división representación-afecto, que Freud establece, acota uno de los desafíos psíquicos fundamentales: la ligazón o no entre ambos elementos y sus vicisitudes. En algunos casos, el afecto se sujeta al proceso de la cadena significativa para sostener el valor significativo. Sin embargo, en otras situaciones, rompe la cadena y destruye el proceso (Green, 1973:120-122).

El afecto es un eje del sistema, constituye el soporte para encadenar las representaciones y provee la energía necesaria para el funcionamiento del aparato psíquico. Desempeña un papel organizador en el inconsciente y forma parte de los vínculos entre los objetos y el cuerpo. La madurez psíquica y el control de los afectos van a la par (*Ibid.*:354). El afecto es lo económico, la fuerza; la representación, lo simbólico, el sentido.

Éstas son las categorías que aparejan dichos conceptos, la representación se enriquece por la *fuerza viva y móvil* que aporta lo económico. Además, el afecto, gracias a la creación de sentidos, transforma sus fuerzas y *elabora valores*. “lo simbólico no puede ejercerse sin que una fuerza alimente los procesos de transformación por los cuales se constituye. Fuerza y sentido son solidarios porque son complementarios, impensables el uno sin el otro” (*Ibid.*:318).

El discurso vivo es un bello nombre para un texto que procura poner de relieve el dinamismo en la cadena del lenguaje y el pensamiento, la profusa vibración y energía en el interior del psiquismo.

Sin embargo, puede ocurrir otra situación derivada de la cualidad libre que caracteriza al afecto, la oposición a los procesos de ligadura y simbolización. El afecto puede unir o separar, construir contenidos simbólicos o deshacer cadenas de representaciones. La eclosión de una enfermedad psicosomática, por ejemplo, se vincula con un proceso afectivo que rompe la cadena signifiante; el trastorno surge sin presentar ningún sentido simbólico, carente de una representación ligada. El afecto es “deducido a partir de las somatizaciones o hipotetizado *a posteriori*, después de la crisis psicosomática” (*Ibid.*:195).

El interjuego de afecto y representación toma una modalidad dramática de concordancias y desencuentros. La conformación y dinamismo de las representaciones pueden tomar dos vertientes: en una se incluye el afecto en un tránsito hacia el proceso secundario; en otra se presenta una incapacidad de inclusión y el engranaje óptimo que conforman la representación y el afecto queda disuelto.²²

“El afecto se resiste a la simbolización” (Serebriany *et al.*, 1995:198). Esta afirmación denota la cualidad presente en el afecto que rompe las ligaduras con las representaciones y los fenómenos, en los que la relación con el contenido simbólico del lenguaje se fractura.

Uno de los primeros conceptos en la obra de Green que alude al proceso de la desvinculación entre afecto y representación es el de *alucinación negativa*. Relacionado con nociones freudianas, como el principio de inercia, la no investidura de los sistemas y el descenso de las tensiones a nivel cero, aparece como un excedente de afecto desvinculado de su correlato representativo.

Negatividad es un término enigmático que no pretende sostener lo contrario de una afirmación o ser su antítesis, sino que se propone como una operación psíquica destinada a cubrir y reemplazar una ausencia, ahí donde el pensamiento se da en términos concretos. Para ilustrar esta idea, utiliza una hermosa metáfora, plasmada a principios de los setenta: “este fenómeno se asemeja a las estrellas lejanas, de las cuales vemos su luz,

cuando en realidad son astros muertos” (Green, 1973:352-354).

El concepto de *alucinación negativa* se concatena con una serie de ideas como la de *psicosis blanca*, los *estados de vacíos*, la *depresión primaria* (Green, 1972) o el *narcisismo negativo* (Green, 1983), que apuntan a explicar situaciones clínicas en las que prevalece un trastorno de pensamiento fundamental.

Green menciona el caso de un paciente que había nacido de una relación incestuosa entre una mujer y su yerno. Él relataba: *Mi madre se acostó con su yerno y eso soy yo: el hijo de eso*. El término elegido, *eso*, denota la incapacidad de atribuir un sentido que significara la experiencia. El paciente no presentaba una patología particularmente ruidosa, sin embargo, se constataba una incapacidad de representación y una imposibilidad de captar lo que ocurría en su organización psíquica.²³

En los estados descritos como *depresión primaria* no se encuentra el contenido destructivo y agresivo común de las depresiones, sino un proceso de desinversión. No hay una construcción de representaciones ni se trata solo de una escisión, es un agujero en la estructura.

Por depresión no entiendo lo que se suele describir con este término sino, más bien, una desinversión radical que engendra estados anímicos en blanco sin componentes afectivos, sin dolor, sin sufrimiento. Los rasgos clínicos asociados a este mecanismo son una serie de fenómenos de los que se quejan los pacientes fronterizos: dificultad para la representación mental, mala concentración, imposibilidad de pensar [...]. Éste es el núcleo psicótico (Green, 1972:114).

Los procesos de elaboración se ven truncados, los afectos aparecen desvinculados del pensamiento o ligados en forma caricaturesca debido a la especificidad con que se presentan. Los pacientes transmiten la impresión de una *cabeza vacía*, de superficialidad y hueco en la actividad mental. Las pobres producciones simbólicas o fantasmáticas son un intento de responder a ese *vacío*; son formas de reinversión que no se sitúan detrás del *agujero* —como en las neurosis—, sino después de éste.

La clínica de lo blanco, sus fronteras

Presentaré una viñeta que ilustra las ideas expuestas.²⁴

Transcurría el quinto año de análisis de un paciente, el tratamiento había pasado por momentos de intensas ansiedades paranoides que varias veces se convirtieron en amenaza para la preservación de nuestro trabajo. Las características peligrosas y amenazantes que yo representaba habían menguado, la rabia por la dependencia y la necesidad del vínculo analítico era cada vez más tolerada, y la vivencia de fragmentación y terror disminuía. Fue entonces cuando mi paciente pudo relatarme: *Creo que hay algo muerto dentro de mí, como paralizado, como uno de esos homeless²⁵ perdidos que deambulan por el mundo sin hacer contacto con nada ni nadie, que tienen una capa negra que cubre su piel, pero ya no se quita, es como una costra, como teñido por la mugre. Solo que la mía no se mueve, está como enconchada. A veces la escucho cómo me habla y me dice cosas; ni siquiera siento el enojo de cuando me dice algo que no me gusta. La oigo, pero las palabras no valen. Siempre he sentido eso pero nunca lo había imaginado así. Me asusta y me entristece saber que está ahí*.

La pregunta que me provoca este material es si nos encontramos frente a un proceso incipiente de registro de un *blanco*, ante un dar cuenta, si bien somero y significativo, de un aspecto de su mente que tantas veces ha aparecido en la transferencia como aquello

que paraliza y esteriliza el vínculo. La descripción del paciente transmite un área inerte. Sin embargo, el ejercicio narrativo en sí es una construcción imaginativa que intenta discernir emocionalmente contenidos psíquicos. Esta capacidad es producto de varios años de análisis, de una función fortalecida gracias al pertinaz ejercicio de discriminación y mirada hacia adentro.

Un campo de interrogantes se desprende de experiencias clínicas. Por ejemplo: ¿Es posible *llenar* de contenido simbólico los blancos? ¿Quedarán áreas de la mente y del carácter inabordables o inmodificables, que simplemente se mantengan sitiadas por aspectos más constructivos de la personalidad? ¿Se puede considerar el momento relatado un episodio de construcción onírica dentro de la sesión? Preguntas así pueden articularse gracias a que nuevas categorías, como *lo blanco*, entran en discusión dentro del cuerpo teórico psicoanalítico. Sin embargo, siempre quedan márgenes de penumbra en los que las fronteras conceptuales son imprecisas.

Si bien la característica que llama la atención en el *homeless* es la desmentalización y su estado semivegetativo, no puedo dejar de enfatizar que los aspectos hostiles y destructivos manifestados por el paciente han ocupado buena parte del análisis.

Hay dos vertientes teóricas que se entrecruzan en este punto. La idea de *agresión y odio*, relacionada principalmente con las ideas de Klein, y el concepto de *negatividad* de Green. Tal vez ambos autores coincidirían en que en este caso predominan elementos de pulsión de muerte. Sin embargo, la manera en que se entiende este término es diferente; mientras que Klein enfatiza el carácter activamente destructivo y sádico, Green subraya la característica silenciosa y de retorno a lo inanimado que Freud propone.

Bion, siguiendo a Klein, pone un acento importante sobre los efectos de la agresión dentro de la mente: los ataques destructivos contra el conocimiento y la intolerancia hacia la verdad determinan la incapacidad de la construcción simbólica. Para él, los núcleos asimbólicos o desmentalizados de la personalidad se originaron por un ataque violento, no solo debido a una incapacidad constitucional en la tramitación de emociones. La pregunta se encamina a si se considera o no que estas fallas descansan sobre un factor particularmente hostil.

Estas reflexiones no solo constituyen consideraciones metapsicológicas interesantes, sino que son la base sobre la que se deciden los abordajes técnicos y clínicos.

Si recordamos el sueño relatado anteriormente sobre *el Chapo*, no podemos dejar de lado la idea de una intrusión en el ano, evocado en la entrada al túnel. Una intrusión que, sin duda, presenta matices agresivos y de control. La *capa negra de la piel* parece también estar relacionada con estos elementos.

El clima transferencial, que prevalecía en el momento del relato del *homeless*, era particularmente distinto del que predominó en el momento en que surgió el sueño de *el Chapo*. En el primero podía evidenciarse un intento genuino por comunicarme lo que estaba registrando dentro de sí, mientras que en el segundo predominaban la rivalidad, la devaluación y la tergiversación.

En este caso, parecería que el abordaje de los elementos hostiles del carácter nos permite acceder y evidenciar otro nivel estructural. Pienso que el análisis de los

elementos paranoides y hostiles en la transferencia, así como la constante puesta en acción de una función metabolizadora de experiencias, permitieron que el paciente pudiera nombrar o imaginar este espacio de su mente.

*Freud: pulsión de muerte y narcisismo,
dos ejes que convergen más allá de su tiempo*

Uno de los conceptos que Green (1983) desarrolla en su investigación sobre los estados en los que la simbolización parece estar detenida o fracturada es el de *narcisismo negativo*. Esta noción parte tanto de su aguda reflexión clínica como de su erudición freudiana. Se propone articular los textos freudianos de *Introducción al narcisismo* (1914) y *Más allá del principio del placer* (1920).

Green piensa que Freud dejó en el olvido las concepciones sobre el narcisismo a partir de la segunda tópica. La sexualidad es la constante en el pensamiento freudiano, mientras que el narcisismo es solo un momento.²⁶ El planteamiento dialéctico de Freud opuso a la sexualidad fuerzas como la pulsión de autoconservación, en un primer momento, y más tarde, el narcisismo y la pulsión de muerte. Tras distinguir entre las pulsiones de vida y las de muerte, el narcisismo comprende los aspectos vitales positivos (Green, 1983:51-54).

La idea de *narcisismo negativo* surge de la conjunción de la teoría del narcisismo de Freud y la pulsión de muerte (*Ibid.*:206-208). Las metáforas que Green utiliza para referirse a dicha noción aluden claramente al espacio inerte y estéril de estas estructuras: *el blanco*, ausencia de color, el vacío de gamas y tonalidades que definen la vitalidad de las experiencias. El narcisismo de muerte o *narcisismo negativo* es distinto del narcisismo de vida, que se vincula a la función sintética o de unificación del yo; en él el vacío es el eje de la estructuración psíquica. Tres formas clínicas ilustran esta idea: el narcisismo moral, el género neutro y la madre muerta (*Ibid.*: 165-222).

Áyax,²⁷ a quien la arrogancia y la vergüenza llevan al suicidio, es el prototipo del narcisista moral; carece de un objeto experimentado como un otro interno a quien se reconoce, convoca, respeta y responde. Edipo, por el contrario, a pesar de su pecado incestuoso y soberbio, no se quita la vida; la certeza de que existen dioses —objetos— dueños de su vida, a los cuales debe dar cuentas de sí, lo sostiene.

La pureza, soledad y renuncia a los placeres del mundo colocan al sujeto en una dimensión de existencia por encima de lo mundano y carnal. El ascetismo adolescente, por ejemplo, frecuentemente cobra este matiz: “¿Acaso Dios tiene hambre o sed, acaso es dependiente del amor, del odio de los hombres?” (*Ibid.*:172).

La confusión con un deseo masoquista puede sobrevenir desde la mirada fenoménica, ya que el dolor es una característica que llega a presentarse. No obstante, el sufrimiento no se busca per se; no se puede evitar, pero no se persigue enmascaradamente.²⁸

La diferencia entre el narcisismo negativo y el masoquismo es la ausencia en el primero del placer, implícito en los mecanismos masoquistas:

no habría que confundir el narcisismo primario con el masoquismo primario, en la medida misma en que el

goce captado por medio de las maniobras masoquistas aquí está ausente, porque el objetivo final es la extinción de toda excitación, de todo deseo, cualquiera que éste sea, agradable o desagradable (Green, 1983:207).

La megalomanía infantil reina en el espacio mental y la deuda con el ideal del yo lleva a que la vergüenza predomine sobre la culpa de ser lo que se es. La omnipotencia borra con su oleaje la presencia de las huellas del otro y coloca al sujeto en una playa desierta.

“La completud narcisista no es signo de salud, sino un espejeamiento de muerte. Nadie es sin objeto. Nadie es lo que es sin objeto” (*Ibid.*: 187). De manera similar, en el género neutro se preserva el fantasma de la asexualidad; la dimensión de renuncia narcisista que implica la definición de masculinidad o femineidad queda abolida. La neutralidad lleva la marca del ideal del yo tiránico y megalomaniaco: puesto que no se puede tener todo y serlo todo, no se poseerá, deseará ni se será nada.

Por su parte, la constelación de la *madre muerta* no hace referencia a la pérdida real de la madre, sino a una imago —ausencia en la psique del hijo, que se constituye a consecuencia de una depresión materna—. El objeto vivo y fuente de vitalidad para el hijo se transforma en una figura lejana e inanimada; la experiencia vincular deja marcas en el inconsciente a manera de agujeros psíquicos. Este cuadro se infiere, no aparece una sintomatología depresiva manifiesta, sino la reproducción clínica en forma de una *depresión de transferencia* que no es concordante con la realidad exterior.

Yolanda del Valle estudia a fondo este tema y lo relaciona con el pasaje de una generación a otra:

La depresión en la transferencia reedita una depresión infantil debida a la pérdida de un objeto, sin que se trate de una pérdida real porque la madre estaba viva pero absorbida por un duelo que la llevó a desinteresarse del hijo [...]. El sentimiento de pérdida es estructurante del psiquismo cuando la experiencia de sí se integra alrededor de la no presencia, de lo negativo, de lo que no está. La ausencia, la muerte y el olvido, se consideran lo único real porque lo negativo constituye lo más significativo de lo que se vive o de lo que deja de vivirse. Tal es el caso de la madre que al ausentarse se transforma en una madre muerta en la mente del niño a quien no verla le impone un dolor insoportable (2010).²⁹

Conceptos como el de la *madre muerta* o el *género neutro* incluyen componentes internos constitutivos del narcisismo negativo: el fantasma materno que desea que el hijo no sea sexuado ni vivo, así como la incapacidad vital de la madre. El juego intersubjetivo instituye ciertos componentes que conforman la estructura intrapsíquica. El sujeto no se define totalmente por el afuera ni por el adentro; la concatenación entre el afecto y la representación, la fuerza de la omnipotencia infantil, la ausencia de procesos simbólicos y los fantasmas parentales, son eslabones de una misma cadena.³⁰

Queda claro que el narcisismo negativo mantiene un nexo con patologías como la melancolía, los trastornos fronterizos y la psicósomática. Sin embargo, considero importante apuntar que en la edificación de la teoría psicoanalítica suele elegirse una categoría —en este caso el narcisismo negativo— y relacionarla con los diversos cuadros psicopatológicos; este ejercicio enriquece la mirada clínica siempre y cuando la nueva noción no se convierta en el único centro explicativo. El distanciamiento psicoanalítico respecto de la nosología psiquiátrica se da, en cierta medida, por la necesidad de encontrar referentes que den cuenta de la especificidad de cada caso. Caer en

generalizaciones resultaría tan simplificador como buscar diagnósticos universales. La luz que aportan los desarrollos conceptuales permanece mientras la comprensión no sea eclipsada por parámetros únicos.

Clínicamente, los conceptos expuestos por Green resultan valiosos para repensar la experiencia plana y estéril que manifiestan algunos pacientes.

María, de 24 años, en las primeras entrevistas relata estar sumergida en *el sentimiento permanente de que la vida es gris*. Su desempeño laboral, ritmo de sueño y actividades cotidianas no presentan anomalía alguna. Fue una niña obesa que acudió durante largo tiempo a una clínica para bajar de peso y tuvo episodios bulímicos a lo largo de un año. Su relación de pareja más significativa y prolongada fue con un hombre con el que bebía. Durante sus encuentros solían consumir una botella completa de vodka; cuando su novio le ordenaba no beber más, ella paraba sin la dificultad que tendría un alcohólico.

Terminaron su romance después de un periodo de conflictos. Su vida sexual transcurría sin placer ni excitación: es anorgásmica y tiende a restarle importancia al tema de la sexualidad. Asegura que *lo duro de la separación es no saber qué hacer estando sola*. Al llegar a casa del trabajo, o los fines de semana en los que cuenta con tiempo libre, ve la televisión durante horas y suele cambiar de canales constantemente sin detenerse a observar algo en especial.

De primera instancia, María invita a pensar en un estado depresivo. Empero, resulta llamativo que las relaciones con el novio, la botella, la televisión o la comida parecen estar destinadas a tapar un hueco, un vacío. La narración sobre sus experiencias aparece desprovista de significación emocional y, por momentos, carente de sentido.

Si bien en las entrevistas iniciales el analista se forma un bosquejo somero del paciente, que será modificado o confirmado con base en la relación transferencial, el primer contacto con María plantea preguntas tanto en relación con sus posibles aspectos melancólicos o masoquistas, como con su incapacidad de dotar de emocionalidad y significado sus experiencias. Solo en el transcurso del tratamiento y en el despliegue del vínculo analítico se podrán esclarecer las áreas que en este momento se esbozan. Sin embargo, resulta enriquecedor y útil contar con diversas hipótesis sobre el funcionamiento psicopatológico de la paciente.

Voces y reflexiones

Los modelos psicoanalíticos actuales influyen para que los analistas presten mayor atención al contenido arcaico en la mente de los pacientes. Las perspectivas teóricas tienden a explorar aspectos como los procesos de simbolización, la construcción del pensamiento y las fallas de éstos en algunas patologías y áreas de la personalidad.

El analista se ubica frente a un material que es simultáneamente complejo y rico. Las interpretaciones no pueden dar cuenta exhaustiva del fenómeno clínico, ya que éste es susceptible de ser abordado desde varios ángulos. Las posturas de los diferentes modelos psicoanalíticos permiten enfocar diversos problemas del mismo objeto, la mente. Sin embargo, esto no implica que se defienda el eclecticismo³¹ ni el sincretismo.³² No todas las intervenciones e interpretaciones tienen el mismo valor. Frente a un mismo fenómeno es posible construir varias interpretaciones, pero existe una jerarquía: la verdad no es relativa.

Los trastornos no neuróticos animan a reformular y reexaminar aspectos del método y de la metapsicología. Diferentes autores estudian patologías catalogadas ahora como trastornos fronterizos. Más allá de un interés por construir una nueva categoría psicopatológica dentro de la nosología psiquiátrica, el movimiento psicoanalítico se aboca a comprender los mecanismos y rasgos psicodinámicos particulares y sutiles de cada caso. A este respecto, Esperanza Pérez de Plá comenta:

Es inevitable recordar como antecedente una cierta forma de pensar la psicopatología desde el psicoanálisis, muy difundida y prestigiada en diversos medios, que se ha generado en el borde entre neurosis y psicosis. Se hablaba inicialmente de manera descriptiva de “psicóticos fronterizos” y con el tiempo se fue ampliando el término y se transformó en la “patología *borderline*” o grupo de los “trastornos limítrofes”. Sabemos que estas nuevas maneras de conceptualizar corresponden a una época de sacudida y crisis de la primera nosografía psicoanalítica, la que nos dejó Freud, a la que no quisiera llamar vieja porque creo tiene la mayor vigencia, pero que, debemos reconocer, no abarca todo lo que como psicoanalistas enfrentamos en nuestra práctica (Pérez de Plá, 1998:14).

Una de las publicaciones recientes de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA), editada por André Green, coincide con el intento de efectuar una revisión sutil y específica de las patologías graves donde el diagnóstico de fronterizo queda rebasado. En la introducción, Green menciona que decidió eliminar el término *borderline* o patología limítrofe por encontrarlo estrecho y reduccionista. En su lugar, eligió denominar como *estructuras no neuróticas* a trastornos que tienen mucho en común, tales como ciertas melancolías, padecimientos psicosomáticos y perversiones, entre otros (Green, 2007).

La psicopatología se vuelve a pensar en un ejercicio de diálogo constante con la clínica. Una gran cantidad de analistas de distintas latitudes y bagajes culturales estudian problemas clínicos similares y desarrollan conceptos explicativos que intentan esclarecer la comprensión. Green enlista algunos de los conceptos relacionados con lo no neurótico (Green, 1972:51):

- *Personalidades esquizoides*. Fairbairn (1952) afirma que la escisión es un fenómeno universal y piensa que la represión conlleva una condición esquizoide. La exploración y análisis de los estados esquizoides aportan una visión profunda de la personalidad. Sin embargo, propone que hay una modalidad de carácter donde predomina la escisión que conforma una armadura o corteza que protege al paciente ante la posibilidad de reexperimentar un trauma. Son operaciones protectoras desarrolladas principalmente frente al contacto interpersonal. El aislamiento y la introversión son las consecuencias caracterológicas en estas personalidades.
- *Personalidades “como si”*. En 1942, Helen Deutsch describió con extraordinaria agudeza clínica lo que considera una patología cercana a la psicosis, dada la pobreza de las relaciones objetales, la predominancia del narcisismo y la cercanía a la despersonalización. Sin embargo, los pacientes *como si* se adaptan de manera adecuada a la realidad y dan la impresión de normalidad. Su conducta aparenta sensibilidad emocional; no obstante, esta característica se apoya en una repetición mimética, no original, en la cual la experiencia interna está excluida. Son fácilmente

sugestionables, carecen de individualidad y sus tendencias agresivas están enmascaradas en actitudes pasivas (Deutsch, 1942: 301-321).

- *Trastornos de la identidad*. Erikson (1959), desde una perspectiva sociocultural, se centra en el estudio de la identidad del yo. Describe varias etapas de desarrollo por las que el individuo atraviesa para consolidar su identidad. Un logro psíquico fundamental es la adquisición de una identidad personal. Uno de los ejes tomados es el problema de la diferenciación individual en los primeros años y la estructuración del ser humano como entidad separada. La patología surge alrededor de una formación defectuosa de la imagen del sí mismo, lo que constituye el trastorno de identidad. Las crisis en la conformación de la identidad parten de la incapacidad por establecer representaciones de sí mismo.
- *Defectos específicos del yo*. En el marco del XX Congreso Internacional de Psicoanálisis, en París, Maxwell Gitelson (1958) introdujo uno de los temas centrales del encuentro: las modificaciones técnicas y la descripción clínica de los trastornos fronterizos. En su conferencia inicial, apuntó que el término se acuñó en los Estados Unidos y que la estructura descrita mantiene estrecha relación con modalidades psicopatológicas que se presentan bajo distinta denominación. El aparato psíquico de estos pacientes se integra rígidamente alrededor de un patrón de adaptación defensivo. Los *defectos específicos del yo* son producto del fracaso en el proceso de ajuste que el yo debería establecer con el *self*, los objetos, la realidad externa y otras fuerzas internas.
- *Falso self*. Winnicott (1956).
- *Falta básica*. Balint (1968).
- *Estructuras pregenitales*. En 1956, Bouvet expone cómo la constancia objetal reasegura la presencia de la madre en la psique del niño. La “distancia óptima” de la madre, su separación y cercanía en equilibrio, es necesaria para que sea introyectada como objeto. Las estructuras pregenitales presentan una falla en dicho proceso y se caracterizan por estar invadidas de afectos intensos y masivos, y utilizan la descarga emocional para evadir la elaboración. La intensidad de los afectos se acompaña de una ausencia de trabajo psíquico; se busca el alivio inmediato mediante la “exteriorización”, la descarga en el mundo externo. Las relaciones objetales en estos pacientes están dañadas y, ante el contacto con el objeto, se reactiva una dolorosa amenaza hacia la integridad y el equilibrio yoico (véase Green, 1977).
- *Pensamiento operatorio de los pacientes psicósomáticos*. Marty y De M’Uzan (1963).
- *El antianalizando*. Joyce McDougall (1972) describe un tipo de paciente que mantiene una relación concreta con el mundo y no simboliza. Son personalidades que se niegan a aceptar a los otros como entidades separadas, incluyendo al analista. Las interpretaciones son experimentadas persecutoriamente por ser señales de la presencia de otro. Tienen una ausencia de respuesta emocional y una falta tanto de fantaseo consciente como de vida onírica. Son personalidades que

pueden aparecer, en una primera instancia, como pacientes modelos, pero que no cambian en el transcurso del tratamiento. La disposición para asociar libremente y la verbalización de pensamientos y afectos se convierte en una resistencia. Suelen estar bien adaptados a las demandas del mundo externo y funcionar mecánicamente a manera de “robots” insensibles.

- *Personalidades narcisistas.* Kernberg (1970) y Kohut (1971) exploraron este concepto. A pesar de que las nociones de personalidad narcisista en Kernberg y Kohut son distintas, Green las coloca en un mismo rubro. Es posible que esto se deba a que ambas aluden a un defecto en la relación objetal y a una falta de profundidad en la vida interna. Las características del paciente narcisista pueden no parecer graves desde la superficie, suelen tener más control y adaptación que otro tipo de personalidades. Son personas que desarrollan interacciones egocentristas, tienen poca empatía hacia los demás y muestran una contradicción entre el desprecio que hacen de los otros y la necesidad que tienen por ser admirados y amados. Su relación con el mundo es pobre, obtienen poca satisfacción de las experiencias vitales y fácilmente se sienten aburridos. Una de las líneas de discrepancia entre Kernberg y Kohut es que, para el primero, el origen de la grandiosidad del *self* parte de una estructura psicopatológica inicial, distinta del narcisismo infantil normal, mientras que para el segundo es producto de una fijación en un estado normal de *self* primitivo. Asimismo, Kernberg piensa que las relaciones de objeto internas no reflejan directamente las relaciones objetales reales del pasado, sino que son una combinación entre éstas y aquellas fantaseadas y distorsionadas por el sujeto. Como se delineó anteriormente, para Kohut estas estructuras parten de las relaciones reales con los objetos.

A este erudito cuadro me parece pertinente agregar algunas nociones más, en el entendido de que las concepciones desarrolladas en relación con el tema no se agotan:

- *Identificación adhesiva.* Concepto basado en las ideas de *la piel como continente* de Esther Bick (1968), retomado por Donald Meltzer (1975a). Con gran intuición y talento clínico, Bick advierte que la función continente de las partes del *self* y la personalidad dependen de la introyección de un objeto externo, experimentado como una piel-envoltura constitutiva de un espacio interno. Las fallas en el objeto continente dan lugar a un tipo de identificación narcisista denominada *adhesiva*. La integración a estas estructuras es precaria y se sostiene mediante la mimetización al objeto.³³
- *Bidimensionalidad.* Derivado de la idea anterior y de su interés en el tiempo y espacio, surge en Meltzer (1975b:197-208) la idea de *bidimensionalidad*, noción que ilumina el estudio de patologías con trastornos graves del pensamiento. En *Exploración del autismo*, texto de una gran sensibilidad y sagacidad en la comprensión de la geografía mental, se conceptualizan dos tipos de identificaciones narcisistas: la adhesiva, que equivale al mundo bidimensional; y la proyectiva, que tiene lugar en una arquitectura necesariamente tridimensional. Los defectos en la

construcción del objeto como continente determinan el fracaso en la constitución del espacio interno y el sentido del tiempo. Este problema puede presentarse tanto en pacientes psicóticos como neuróticos. La superficialidad como organización caracterológica, presente en casos aparentemente no graves, implica una desmentalización e incapacidad para una vivencia mental profunda. La *delgadez* de la experiencia es consecuencia de la relación superflua con los objetos. La real fortaleza en la personalidad, la verdadera fuerza yoica, deviene de la incorporación no narcisista de objetos.

- *El área psicótica de la mente.* Las ideas de Bion vinculadas con el pensamiento y al aspecto psicótico de la personalidad fueron expuestas anteriormente.
- *La organización de la personalidad fronteriza.* Kernberg (1975) propone una nosología específica para los trastornos donde se presenta labilidad yoica, predominio del funcionamiento a nivel del proceso primario, defensas primitivas y una patología de las relaciones de objeto internalizadas. Se retoman presupuestos de la psicología del yo y de la teoría de las relaciones objetales para explicar los problemas en la integración de identidad y las fallas en la prueba de realidad que estos pacientes presentan.³⁴
- *Núcleo glishocrocárico y sincretismo.* Bleger (1974) describe una posición previa a la esquizo-paranoide en la que falla la escisión normal necesaria en ese periodo. La consecuencia es una falta de discriminación fundamental que queda como remanente de las primeras etapas del desarrollo. El sincretismo se puede encontrar en las simbiosis normales o patológicas, en estructuras como la psicosis o la esquizofrenia, pero también en otro tipo de condiciones clínicas. A estos procesos se les suele denominar, indiscriminadamente, aspectos narcisistas.
- *La barrera autista en pacientes neuróticos.* Tustin (1987) refiere cómo algunos pacientes con un funcionamiento neurótico simultáneamente mantienen una coraza autista. Son personalidades que evitan el desarrollo de relaciones humanas verdaderas que contengan un significado emocional y mental profundo. Piensa que no pueden ser clasificados como pacientes con un falso *self* o estructuras narcisistas porque carecen de un sentido de *self*. La causa de estas perturbaciones las ubica en las separaciones tempranas que fracturan la estructuración del psiquismo. Algunos pacientes se sienten inmovilizados mortíferamente en áreas escondidas de su personalidad; son espacios a los que se tiene acceso solo a través de producciones oníricas que contienen imágenes de caídas, congelamiento o pérdida de límites.

El cambio en la comprensión del campo psicoanalítico y la agudeza en el lente teórico-clínico permiten enfocar lo observado a través de una nueva mirada. Esto no quiere decir que exista un aumento en la frecuencia de este tipo de casos, sino que se ha transformado la percepción de los analistas, lo cual permite acentuar ciertos problemas, “porque, en fin de cuentas, no hay cambio en tanto el analista pueda comprenderlo y dar razón de él. Esto no quiere decir que haya que negar los cambios del lado de los pacientes. Pero están subordinados a los cambios de sensibilidad y de percepción en el

analista” (Green, 1972:51).

Recapitulando, ¿cómo se piensa el progreso emocional en los trastornos graves de la personalidad? ¿Qué diferencias hay en los conceptos de desarrollo psíquico cuando se trata de patologías neuróticas y no neuróticas?

El conflicto constituye la fórmula inicial mediante la cual el psicoanálisis se aproxima al estudio de la mente. Dentro del pensamiento freudiano hay distintas categorías de conflicto, que son ampliadas aún más por pensadores posteriores a Freud. En la teoría del conflicto, la finalidad clínica consiste en descifrar los elementos que lo conforman. La modificación psíquica depende en gran medida de la posibilidad de dilucidar los sentidos ocultos y presentes en las luchas al interior del aparato mental.

Los cuestionamientos arrojados por el trabajo clínico con pacientes graves dan lugar a las teorías cuyo referente explicativo central es el déficit. Las concepciones de la mente y del desarrollo emocional se modifican, lo que genera cambios fundamentales en la técnica. Algunos de estos modelos descartan la idea de conflicto a manera de un paradigma rebasado e irreconciliable con el antiguo modelo de comprensión; otros, sostienen que conflicto y déficit coexisten no solo como dos formas de entender el aparato mental, sino incluso como niveles en la estructura de la mente.

Entre los autores que subrayan la relación entre el ambiente y el déficit se encuentran Balint, Winnicott y Kohut.

Balint, discípulo de Ferenczi, piensa que hay un tipo de pacientes en el cual los conflictos no tienen lugar. La patología en estos casos es un intento por reponer lo que el ambiente no brindó a su debido tiempo. En estos casos, el desarrollo mental dentro del análisis no se basa en la función interpretativa, sino en la promoción de estados regresivos donde se reconstruya lo originalmente fallido.

Para Winnicott, el progreso psíquico está determinado por el sostén que la madre brinda en los primeros años. El fracaso en esta función suscita el desarrollo de una estructura que perjudica la sana evolución de la personalidad: el falso *self*. Los pacientes que presentan esta configuración psicopatológica deben ser tratados de manera distinta de aquellos a quienes se dirige el psicoanálisis tradicional.

Kohut, por su parte, señala la presencia de una psicopatología basada en malformaciones producto de la incapacidad parental para empatizar con las necesidades infantiles. Los pacientes son tratados a partir de una interacción empática que pretende promover identificaciones y alentar los recursos disponibles. Piensa que en estos casos los conflictos edípicos o preedípicos son secundarios a fallas en la estructura del *self*.

Otros autores resaltan los eslabones internos-externos en la constitución de las fallas o déficits estructurales. Más allá de las influencias ambientales, señalan los procesos intrapsíquicos que tienen lugar en los trastornos graves de la personalidad. Entre éstos destacan Bion con la teoría del pensamiento, las aportaciones de los estudiosos de la psicosomática y las ideas de Green sobre lo blanco.

Bion articula la construcción de la mente con las relaciones tempranas. La capacidad

para pensar y la constitución del aparato de pensamiento se unen a la cualidad de las relaciones tempranas. La teoría de los afectos queda ligada a la del pensamiento, a la producción simbólica y creadora del conocimiento y la verdad.

Si bien el vínculo con el objeto es una plataforma en la que se asienta el progreso mental, el sujeto tiene el cometido de sostener en su interior los procesos que conllevan la evolución emocional. La decisión de transitar por el camino de la evitación o la tolerancia, la mentira o la verdad, el empobrecimiento o crecimiento mental, es propia del individuo. El concepto de responsabilidad psíquica adquiere en esta teoría un lugar fundamental.

Originalmente, se comprendió a la psicopatología desde el paradigma del que parte el psicoanálisis: el conflicto. Sin embargo, la clínica muestra que estas perturbaciones no están ligadas a formaciones de compromiso ni denotan un desplazamiento simbólico de una expresión inconsciente. Por lo tanto, el progreso mental en estos pacientes está más ligado a construir contenidos que a descifrarlos. La labor analítica se encamina a edificar representaciones, no a descubrirlas detrás de la represión.

Por su parte, Green hilvana la pulsión de muerte, entendida en relación con el vacío simbólico y la carencia de sentidos emocionales, con el narcisismo, que marca la ausencia de un objeto vitalizante y coloca en el centro del escenario el blanco o hueco del psiquismo. La articulación entre el afecto y la representación constituye la base de los procesos de simbolización. En ciertos estados mentales, las experiencias afectivas no admiten ligarse a las representaciones. Los estados *negativos* aluden a este tipo de trastornos del pensamiento.

La posibilidad de entender las patologías desde otra perspectiva —déficit o falla estructural— implica un cambio en la manera integral de comprender ciertos fenómenos del funcionamiento mental. Esto conlleva consecuencias técnicas centrales: se proponen intervenciones en las que se suspende el desciframiento de los contenidos simbólicos (dado que se carece de éstos) y se apoya al paciente en el trabajo de discriminar sus afectos y construir pensamientos.

NOTAS

¹ En el segundo modelo del aparato psíquico que se expone en *El yo y el ello* de 1923, las instancias ocupan un espacio del aparato psíquico, un topos, constituyendo así la segunda tópica.

² Cabe señalar que esto es mencionado abierta y reiteradamente por Freud. Para él, el complejo de Edipo y los conflictos que de él resultan eran la piedra angular de la neurosis, no la piedra angular de toda patología mental.

³ Utilizo el término *déficit* para referirme a las cuestiones derivadas de lo ambiental, mientras que la noción *falla estructural* la tomo como referente de una problemática al interior del aparato psíquico.

⁴ Sándor Ferenczi nació el 7 de julio de 1873 en Hungría. Realizó sus estudios de medicina en Viena y se especializó en neurología y psiquiatría. Su interés por la hipnosis y la histeria lo llevó a acercarse al trabajo de Freud y Breuer. En 1909 fue invitado a viajar con Freud y Carl Jung a los Estados Unidos para dictar una serie de conferencias; este periodo fortificó su amistad con el primero. Sin embargo, los desencuentros intelectuales y personales hicieron que la relación se distanciara.

⁵ Winnicott se refiere a este proceso como *el papel del objeto subjetivo en el desarrollo del yo* (Winnicott, 1963:236-237).

⁶ Recordemos que Freud, en *Introducción al narcisismo* (1914), plantea que existen dos modos de catexis de la libido; cuando ésta toma como objeto al yo se denomina *libido narcisista*, mientras que en la *libido objetual* el objeto exterior es el depositario. Es común que dentro de los desarrollos psicoanalíticos se utilice un término al que se dan nuevos sentidos. La referencia a las nociones freudianas tiene, en parte, el propósito de establecer un

diálogo implícito con el creador del psicoanálisis; sin embargo, el contexto ideológico en el que se aplica es radicalmente diferente del freudiano. Mientras que para la teoría clásica la libido es uno de los motores fundamentales del aparato psíquico y sus vicisitudes en relación con la descarga constituyen el núcleo de la conformación caracterológica, para Kohut el concepto de *pulsión* (pulsión sexual = libido) se evapora frente a la importancia otorgada a los vínculos parentales en la organización de la psique.

⁷ Término utilizado para designar el interior del aparato psíquico.

⁸ Banda que gira sobre sí misma y presenta varias características interesantes; una de ellas es el hecho de que el interior y el exterior no están claramente diferenciados, puesto que son elementos de la misma cara. Fenómeno descubierto en 1858, simultáneamente, por August Ferdinand Moebius y Johann Benedict Listing.

⁹ Curso o desarrollo de un organismo individual.

¹⁰ El concepto de continente-contenido es una hipótesis ontogenética, ya que se articula como un proceso que tiene lugar en el desarrollo. Sin embargo, esto no agota su riqueza. Este fenómeno puede entenderse desde otra perspectiva, como, por ejemplo, la identificación. El bebé se identifica con la capacidad pensante, continente de la madre, e internaliza esa función. De cualquier manera, es una idea clínica de gran utilidad y riqueza. Es el parámetro desde el que se entiende el quehacer del analista con los pacientes, el proceso interpretativo está enmarcado dentro del procesamiento emocional que se hace con lo que el paciente proyecta.

¹¹ La visión binocular es la capacidad para ver la realidad desde diferentes ángulos o vértices, de manera compleja.

¹² Jefe de un cártel de droga.

¹³ Ana María Wiener (2004) explica cómo las ansiedades psicóticas aparecen en sueños con pacientes graves. Los sueños suelen reflejar el estado del *self* del paciente así como el de sus objetos. Comenta cómo se presentan sueños que expresan ansiedades de desintegración, terrores de fusionarse con otros o necesidad de obtener un sentido de cohesión del sí mismo.

¹⁴ Hospital fundado en 1972, donde se atiende con psicoterapia a los enfermos psicosomáticos, desde problemas de fatiga crónica o jaquecas, hasta cáncer y sida.

¹⁵ De origen neozelandés, formada parcialmente en Inglaterra en la Clínica Hampstead, cerca de Anna Freud. Posteriormente se establece en Francia, donde se convierte en una de las grandes figuras del psicoanálisis francés. Es analizada en el diván de Schlumberger y supervisada por Bouvet. Joyce McDougall es miembro de la Sociedad Psicoanalítica de París, en el seno de la cual ocupó diversos puestos; generalmente es asociada al ala más liberal de dicha sociedad. Es miembro de honor de la Asociación de Medicina Psicosomática de Nueva York.

¹⁶ Engordó notablemente cuando yo me embaracé; en vacaciones compraba animalitos para cuidar. Este mecanismo tuvo un peso determinante en la construcción de los aspectos afeminados de su personalidad; es probable que frente a la intensa ansiedad de pérdida en el contacto con la madre, recurriera a convertirse él mismo en el objeto añorado.

¹⁷ Marcela Barruel, acorde con las ideas que en este apartado se exponen, relata la experiencia clínica de un paciente que padece lupus: “Es un paciente que ha estado varios años en análisis, con varias interrupciones. En cada interrupción ha tenido recaídas muy serias, mientras que cuando permanece en tratamiento sus síntomas remiten. Me parece que el beneficio, que evidentemente tiene del tratamiento, está relacionado con la función continente que encuentra en el espacio analítico más que con la interpretación de sus síntomas como una simbolización de lo que ocurre en su mente. [...] la perturbación en el pensamiento es un obstáculo serio en el tratamiento tanto de pacientes psicóticos como de pacientes psicosomáticos, ya que en estos pacientes falla un instrumento esencial para la cura: la capacidad para representar y simbolizar. Es por eso que en el tratamiento hay que abrir camino. Antes de abordar los conflictos inconscientes es necesario hacer intervenciones enfocadas a construir aquellos elementos simbólicos inexistentes. En términos bionianos, se trata de crear la función alfa para que el paciente pueda convertir las emociones más primitivas en sueños, en síntomas neuróticos, pensamientos o en expresiones verbales, en lugar de hacer proyecciones en el cuerpo”.

¹⁸ Nació en 1927 en El Cairo, y vivió su infancia inmerso en un ambiente cultural bilingüe; los idiomas oficiales del país eran el árabe y el francés. Emigró a París, donde se formó como médico y psiquiatra. Fue discípulo de Ajuriaguerra y Henry Ey. Se analizó con Maurice Bouvet. Dirigió el Instituto de Psicoanálisis, fue presidente de la Sociedad Psicoanalítica de París y profesor de la Freud Memorial Chair de Londres.

¹⁹ André Green pertenece a la Sociedad Psicoanalítica de París con la que Lacan rompió en 1953.

²⁰ El sustento de esta controversia está plasmado en el texto *El discurso viviente. Una concepción psicoanalítica del afecto* (véase Green, 1973).

²¹ En un cuestionamiento sobre los modelos contemporáneos, afirma que la teoría kleiniana atribuye al afecto una importancia exagerada, mientras que las hipótesis lacanianas lo excluyen. Considera preciso encontrar el equilibrio entre ambas posturas. Por su parte, la corriente de la escuela estadounidense, la psicología del yo, amenaza con empobrecer la teoría psicoanalítica, ya que pretende descartarlo (véase Green, 1973:123-134).

²² No es gratuito que Green se muestre impactado con la teoría de Bion, quien señala la convergencia entre emociones y pensamientos: las experiencias emocionales metabolizadas constituyen los pensamientos.

²³ Aquí se puede observar también la influencia lacaniana al pensar que la represión fallida de los padres crea una fractura estructural en los niños.

²⁴ Mismo paciente presentado en el apartado Crónica de una mentira, intoxicación y déficit estructural, en este mismo capítulo.

²⁵ Desamparado, gente sin hogar.

²⁶ Considero que para darle el peso justo a las críticas que Green hace sobre las ideas de Freud, hay que tomar en cuenta que la decisión de un autor por enfatizar ciertos conceptos o dejarlos de lado a favor de otros está inmersa en contextos políticos e intelectuales que no siempre se tienen presentes. Tal parece el caso de Freud al otorgar a la concepción del narcisismo un lugar secundario en su teoría. Los primeros años del movimiento psicoanalítico se caracterizaron por la ebullición de pasiones y el interés por concentrar y fortalecer el cuerpo de pensamiento. La historia nos revela a un Freud francamente preocupado y visiblemente perseguido por nociones que potencialmente fueran capaces de desvirtuar o restar valor a sus hipótesis centrales.

Las ideas de Adler y principalmente las de Jung, su antiguo y desleal elegido, representaban una amenaza para la teoría de la libido. Desde 1912, Jung abiertamente propuso “liberar al psicoanálisis de su énfasis exclusivo en la sexualidad” (Gay, 1988:276); por su parte, Adler “echaba por la borda concepciones radicales como el complejo de Edipo, la sexualidad infantil y la etiología sexual de las neurosis” (Gay, 1988:260). En 1914, Jung es forzado a renunciar a la presidencia de la Asociación Psicoanalítica Internacional; Freud los ataca y desacredita como teóricos del psicoanálisis.

El escenario histórico y epistemológico, el positivismo como fundamento de la ciencia, no ofrecían las condiciones para sostener el desarrollo de conceptos que pudieran relegar a otros. Era necesario afirmar criterios centrales alrededor de los cuales giraran otros secundarios. El recelo por la posible desexualización de la teoría tal vez fue un factor de peso para que Freud dejara al narcisismo *in status nascendi*.

²⁷ Áyax es el guerrero más valeroso de los griegos después de Aquiles. Tras la muerte de éste, Áyax espera recibir sus armas, pero éstas son entregadas a Ulises. Sabiéndose el más valiente, decide vengarse y dar muerte a todos los que decidieron su suerte. Atenea lo confunde en el momento de la revancha, así que, en lugar de aquéllos, aniquila rebaños de ovejas. Al recobrar la cordura, comprende lo que hizo y decide suicidarse como resultado de su profunda vergüenza. Lo más sobresaliente de esta historia es el ridículo del héroe que se jacta de su valentía suprema. A diferencia de Edipo, que solo experimenta culpa por su falta, Áyax vive la decepción de sí mismo. Edipo se sostiene hasta el final de sus días en espera de una señal de los dioses. Estos dos personajes legendarios parecen manifestar dos tipos diferentes de problemáticas, que responden a diversas elecciones objetales e investiduras de objeto. Mientras que en Edipo se observa una investidura objetual del objeto, en Áyax predomina la investidura narcisista del objeto.

²⁸ Cabe aquí una reflexión derivada de las inquietantes preguntas que Green abre.

El desarrollo de la noción freudiana de conflicto se asienta sobre las bases de la sexualidad como una fuerza de la que se desprenden excitaciones y deseos. El narcisismo está ligado a la investidura libidinal del yo, a la pulsión sexual. Freud amplía la categoría de conflicto para incluir a la pulsión de muerte mediante el concepto de *masoquismo erógeno*: híbrido resultante de la mezcla pulsional del cual se desprenden el masoquismo femenino y moral.

Fiel a su concepción original de pulsión como un elemento constituido tanto por el afecto como por representantes representativos, Freud inscribe dentro del masoquismo erógeno las expresiones de las fases de la sexualidad. Las representaciones que acompañan a la pulsión de muerte se enlazan con la libido en sus estaciones: El masoquismo erógeno acompaña a la libido en todas sus fases de desarrollo, y le toma prestados sus cambiantes revestimientos psíquicos. La angustia de ser devorado por el animal totémico (padre) proviene de la organización oral, primitiva; el deseo de ser golpeado por el padre, de la fase sádico-anal, que sigue a aquélla; la castración, si bien desmentida más tarde, interviene en el contenido de las fantasías masoquistas como sedimento del estadio fálico de organización; y, desde luego, las situaciones de ser poseído sexualmente y de parir, características de la feminidad, derivan de la organización genital definitiva (Freud, 1924:170).

En la concepción freudiana, la pulsión de muerte es silenciosa, rompe ligaduras y apunta a lo inanimado. Sin embargo, la temprana e imprescindible mezcla con Eros confecciona un tejido de fantasías y representaciones que la delatan. Freud así sostiene su paradigma medular, incorpora un concepto que se dirige potencialmente a otro estatuto de comprensión psicopatológica dentro de una lógica en la que la lucha dinámica sigue siendo el referente clínico por excelencia.

²⁹ Yolanda del Valle presenta dos experiencias de análisis situadas en la clínica del duelo. Ambas se relacionan con el trabajo de lo negativo y culminan en la escritura literaria como una vía creativa de exposición y expresión de lo

inconsciente. La reflexión sobre estas experiencias a la luz de la teoría psicoanalítica la llevan a establecer una conjetura hipotética que supone la transmisión intergeneracional de un duelo no resuelto y la necesidad de la escritura literaria para dar palabra a aquello privado de representación.

³⁰ Mireya Zapata (2005) estudia las experiencias traumáticas de los campos de concentración y su impacto en los vínculos intersubjetivos con las generaciones siguientes: “El trauma acumulado describe una perturbación particular en la relación temprana y preverbal madre-hijo. Durante este periodo de los inicios de la estructuración psíquica del infante es necesario que la madre, sin que esto excluya al padre, tenga una capacidad empática muy flexible que le permita ponerse en contacto con las necesidades apremiantes de su hijo y que como semejante se inaugure la subjetividad, la mirada, la voz, el acunamiento, el deseo. Se encontró que los supervivientes presentaban fallas empáticas muy importantes que transmitían el trauma extremo a los hijos, esto obligaba al hijo a buscar ser empático con las necesidades de sus padres.

Los supervivientes de los campos de concentración eran portadores de un quiebre en su psiquismo que pocas veces podían poner en palabras por impensable e inenarrable. Si para poder vivir tuvieron que robotizarse y negar los afectos de rabia, miedo y dolor, era esperable que esto tuviera efectos en la relación con sus hijos, pero además esta experiencia es silenciada, es decir, que se negaban a comentarla con los hijos.

Estos hijos funcionaron para sus padres como un puente para la vida, los hijos daban vida psíquica a los padres liberándolos de su muerte interna. En los hechos el hijo, sobre todo el primogénito, se veía en la necesidad de reemplazar la biografía rota de sus padres”.

³¹ Es decir, seleccionar doctrinas de diferentes sistemas de pensamiento, sin adoptar la totalidad del sistema y dejando irresueltas las contradicciones que surgen entre ellos. El eclecticismo se critica en la medida en que cada sistema se considera como un todo y los elementos que de él se desprenden son partes integrales de éste. La yuxtaposición arbitraria de sistemas conlleva necesariamente el riesgo de la incoherencia.

³² El intento por reconciliar y combinar sistemas de pensamiento.

³³ Marta Puig (2009) presenta el caso Carlos para ejemplificar cómo se expresa la identificación adhesiva en la adolescencia. Explica cómo este paciente sufría de ansiedades catastróficas de desintegración y tendía a buscar un objeto externo al cual adherirse para conseguir un sentimiento de cohesión e integridad. Subraya que la identificación adhesiva ocurre cuando falla el proceso de identificación introyectiva; se imita y carece de imaginación, no hay aprendizaje genuino ni una reflexión sobre sus estados emocionales.

³⁴ En México, un grupo de psicoanalistas retoman el concepto de *desórdenes fronterizos* que Kernberg propone y realizan varias investigaciones utilizando el modelo de psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes. Entre este grupo de investigadores se encuentran: David López, María Isabel Rodríguez, Ramón Parres, Pablo Cuevas, José Camacho, Juan Vives, Teresa Lartigue y Josefina Mendoza, entre otros (López, 2004).

La interpretación y los recursos emocionales del analista

En el capítulo anterior se expuso el modo en que los diversos desarrollos teóricos de las últimas décadas destacan instrumentos de intervención terapéutica distintos de las interpretaciones clásicas. Hoy en día, el analista se encuentra con modelos que acentúan los recursos emocionales como herramientas técnicas primordiales. Surge un cuestionamiento acerca del lugar que ocupa tanto la interpretación en el análisis contemporáneo, así como los elementos no interpretativos: empatía, intuición, la atmósfera o el clima psicoanalítico.

Regresión terapéutica y sostenimiento

Con las ideas de Winnicott ocurre algo similar a lo que sucede con las teorías de otros grandes psicoanalistas: en un primer momento las propuestas se dirigen a tratar a pacientes con trastornos graves de la personalidad, pero más tarde se generaliza la intervención clínica a los diferentes tipos de patologías, incluyendo la neurosis.

En un inicio, Winnicott sostiene que con pacientes en los que predominan trastornos relacionados con las etapas del desarrollo temprano, en quienes no se ha instaurado una *personalidad como entidad*, el método analítico tradicional no puede aplicarse como tal. El análisis debe ofrecerle al paciente la oportunidad de corregir los fracasos que tuvieron lugar en las etapas iniciales de la vida, a través de la creación de un ambiente especial que propicie una regresión. Ésta tiene lugar gracias a que el analista desarrolla una función de sostenimiento y brinda la confianza necesaria para que el paciente penetre en un estado de dependencia precoz.

El sujeto con un falso *self* siempre mantiene la expectativa inconsciente de una oportunidad para experimentar una renovación y un encuentro; el clima de seguridad y solidez que el analista construye en el proceso es análogo a una buena maternalización y ofrece el marco necesario para *descongelar* aquellas áreas de la personalidad que se quedaron paralizadas y encorazadas.

La regresión puede presentarse en varios grados: puede ser localizada y momentánea o puede involucrar espacios más extensos de la vida, hasta la totalidad. Es un mecanismo de defensa muy organizado del yo, indispensable en el proceso curativo. No se trata de una regresión patológica ni de la planteada en términos freudianos, que se refiere a un proceso intrapsíquico. Es una regresión respecto de una modalidad de relación con un objeto externo que permite desarmar un mecanismo defensivo patológico —el falso *self*

—. En esta teoría, la regresión implica una progresión.

El proceso analítico representa una nueva adaptación, una experiencia inédita que el paciente puede utilizar para corregir el fracaso original. Esto coloca a la teoría de Winnicott en la misma línea de autores como Balint y Kohut, quienes piensan que el análisis es una experiencia emocional correctiva. El valor del *insight* y de las interpretaciones en relación con el conflicto es menor que en otros modelos. La tarea analítica se dirige fundamentalmente a modificar las estructuras de la personalidad, no a levantar represiones. Las interpretaciones verbales no tienen mucho peso. El paciente no tiene un problema que se pueda resolver atendiendo al contenido, sino mediante la reproducción de un tipo de contacto emocional temprano.

En la técnica de Winnicott la atmósfera es bondadosa. No se señalan los aspectos hostiles del paciente, sino sus intentos restitutivos. Por ejemplo, cuando el paciente arremete contra el analista, se piensa que pone a prueba su capacidad de tolerancia y amor, y se considera que es una respuesta de enojo resultante de una falla ambiental en la infancia temprana. El analista tiene que sostener actitudes benévolas, suspender la interpretación y permitir que el analizando experimente la consistencia del medio analítico.

Este modelo exige del analista una actitud esmerada de tolerancia y paciencia. Las interpretaciones se dirigen a mostrar al paciente el enojo o rabia experimentados en determinados momentos del desarrollo y cómo éstos se reproducen en la actualidad de la relación analítica.

El enfoque teórico que predomine en el analista determinará el tipo de intervenciones técnicas que realice. Por ejemplo:

Un paciente llega a sesión y cuenta el siguiente sueño:¹ *Tocaba el piano mientras Beethoven estaba sentado a mi lado diciéndome: "Qué bien tocas el piano".*

Es probable que frente a este material Winnicott hubiese pensado que el paciente reproduce un momento de omnipotencia infantil en presencia del analista. Tal vez suspenda las interpretaciones o verbalice el momento grato que el paciente experimenta. Posiblemente para Kohut este material haría referencia a una transferencia especular, donde hay un objeto del *self* que le refleja la grandiosidad necesaria para la cohesión. Meltzer, por el contrario, presumiblemente interpretaría el sueño como una actividad maniaca, en la que hay un ejercicio masturbatorio de grandiosidad y un deseo por impactar a mamá, más que de nutrirse de ella.

Winnicott menciona el ejemplo de uno de sus pacientes que se duerme en la sesión y a quien él no despierta. Piensa que se ha creado una atmósfera tal que el paciente puede sentirse como un bebé que duerme en presencia de la madre, y deja que transcurra este momento, sosteniendo la experiencia.

En los modelos ambientalistas la relevancia de las situaciones y su manejo pueden diferir ampliamente de aquellos enfoques que acentúan la realidad interna y contemplan el análisis como una experiencia que reelabora el mundo interno. Los primeros comprenden el análisis como una experiencia emocional correctiva, mientras que los

segundos contemplan el tratamiento como una experiencia que reelabora el mundo interno.

La empatía, ¿un aspecto de peso o el elemento fundamental?

La psicología del *self*, con Kohut a la cabeza, destaca la empatía como un factor determinante en el proceso psicoanalítico. Esta perspectiva retoma las ideas freudianas de libido de objeto y narcisismo, pero con un sentido diferente: aquí, el narcisismo se desarrolla para constituir el *self*.

En 1979, Kohut relató el caso de un paciente al que tomó en análisis durante cinco años y a quien trató desde la perspectiva clásica. Unos años más tarde, el paciente retomó el tratamiento; para entonces los postulados de la psicología del *self* se habían desarrollado y el segundo periodo del análisis transcurrió bajo esa nueva perspectiva. En el primer periodo el eje fue el enfoque tradicional:

- a) problemas edípicos,
- b) los síntomas derivados de conflictos inconscientes,
- c) la resistencia a las interpretaciones,
- d) las pulsiones agresivas y sexuales dominando la escena.

Una de las facetas cardinales era el control que el paciente ejercía sobre el analista; la grandiosidad y arrogancia se percibían como la consecuencia de una fantaseada victoria edípica, mientras que la ansiedad de castración y la depresión eran vistas como el contenido detrás de la barrera represiva que delata la derrota edípica.

En el segundo momento del análisis se incluyeron los conceptos de *empatía* y *narcisismo*. El paciente desplegó nuevamente la transferencia de control del analista, elemento que Kohut considera básico para construir un diagnóstico de personalidad narcisista. Sin embargo, la perspectiva explicativa se modificó y se consideró el intento de control como producto de una transferencia especular que repite el deseo de fusión con la madre idealizada. Kohut cambió la técnica y permitió que el paciente prolongara esta vivencia sin interrumpirla con interpretaciones que rompieran el estado idílico de unión y le generaran una rabia intensa, tal como sucedió en la primera parte del tratamiento. Más tarde, explicó al paciente que su bienestar se debía a que la experiencia de contacto exclusivo con la madreanalista parecía preservarse.

Esta estrategia abrió paso a un material profundo, y permitió superar la ira provocada por las interpretaciones de corte clásico, en las que se enfocaban los conflictos edípicos y preedípicos. La arrogancia, superioridad y aislamiento del paciente tenían su base en la persistencia de una fusión con la madre idealizada. La madre confirmaba la superioridad del paciente sobre el padre y lo convertía así en un apéndice de ella.

La técnica propuesta por Kohut se concentra en la respuesta empática que construye un sí mismo cohesivo a través de internalizaciones transmutativas. En el análisis se reactivan las transferencias narcisistas. El marco analítico, producto en gran medida de la actitud empática del analista, promueve que el desarrollo emocional se active una vez

más. Se repiten con el analista las vivencias de los vínculos primarios con objetos del *self*. La internalización transmutativa tiene lugar nuevamente con el actual objeto del *self*, que es el analista:

un análisis exitoso es aquel en el cual las antiguas necesidades del analizando de obtener respuestas de objetos/sí mismo arcaicos son reemplazadas por las experiencias de la resonancia empática, principal elemento constitutivo del sentimiento de seguridad personal en la vida adulta [...]. Un tratamiento se habrá logrado si el analizando, entregándose al impulso que le imprime el proceso psicoanalítico, pudo reactivar en una transferencia con un objeto/sí mismo las necesidades de un sí mismo frustrado en la infancia. En la situación analítica estas necesidades fueron reactivadas y revividas, exponiéndolas una y otra vez a las vicisitudes de las frustraciones óptimas, hasta que el paciente adquirió a la postre la capacidad confiable de sustentar su sí mismo con ayuda de objetos/sí mismo disponibles en su entorno adulto (Kohut, 1984:123).

Kohut, como Winnicott y Balint, consideran que el análisis pone en marcha un proceso evolutivo espontáneo que se detuvo por las fallas ambientales.

El aspecto significativo en la relación con el analista es la emergencia de sentimientos regresivos llamados *transferencias de objetos del self*, considerados como reminiscencias de estados infantiles que sufrieron carencias por fallas en la empatía de los padres. Estos estados infantiles deficientes buscan una respuesta en la transferencia, en un intento por estructurarse como un sí mismo cohesivo. Así, para Kohut, en el caso del Sr. Z, el intento del paciente por controlar al analista significa revivir la fusión idealizada con la madre.

Las conductas desarrolladas a partir de la transferencia de objetos del *self* se traducen como expresiones válidas de una necesidad de ser espejado o idealizar, y se responde a éstas con empatía. En el caso del Sr. Z, Kohut permite que el vínculo de *control-fusión* se desarrolle; solo más tarde interpreta cómo el analista ha salvaguardado el efecto placentero de unidad y cómo esto ha tenido un impacto en el bienestar y la mejoría del paciente. El éxito en las respuestas empáticas facilita las internalizaciones transmutativas, que construyen un sí mismo más cohesivo.

El tratamiento de los pacientes en quienes se considera que predominan los trastornos basados en malformaciones y fallas en el desarrollo, tiene lugar a partir de una interacción empática que pretende promover identificaciones y alentar los recursos disponibles. En un primer momento, el tipo de intervención que Kohut planteó se dirigía específicamente al tratamiento con patologías narcisistas. Sin embargo, la influencia de la psicología del *self* lo llevó a incluir las psiconeurosis, cuyo tratamiento se lleva a cabo a través de una *terapia interaccional reparatoria*. Esto ha dado pie a una polémica, ya que aun en pacientes neuróticos, las transferencias de objeto de tipo edípico no tienen una importancia central en esta perspectiva.

En su artículo “Papel de la empatía en la cura psicoanalítica” (Kohut, 1984:251-277), Kohut considera que no existe una diferencia entre el concepto de la *empatía* de los psicólogos del *self* y el de psicoanalistas anteriores; tampoco cree que la cura se deba a un nuevo tipo de empatía. La empatía es una operación psicoanalítica fundamental que permite entender al paciente y hacérselo notar. La fase explicativa-interpretativa del análisis es un aspecto emocionalmente significativo y se basa en la empatía. A pesar de que Kohut se esfuerza por no oponer el lugar de la empatía al de la interpretación, es

innegable que la corriente que parte de su pensamiento tiende a subrayar los recursos emocionales sobre los interpretativos y de comprensión.

La consecuencia técnica que necesariamente deriva del concepto de regresión en Winnicott, de la psicología del *self*, así como anteriormente de la idea del *nuevo comienzo* de Balint, es la de modificar, hasta cierto punto, la neutralidad y la abstinencia analítica para atender las demandas reales del paciente, así como suspender la interpretación clásicamente entendida y fomentar un clima emocional en el que se promueva una experiencia regresiva o especular e idealizada.

Puntos de argumentación y discrepancias en la técnica

Diversas críticas y coincidencias se suscitan en torno de los modelos que proponen modificaciones a la técnica clásica e introducen un plano diferente a la interpretación tradicional.

Greenson —cuya obra parte de la psicología del yo y se desenvuelve fructíferamente hacia varios ángulos, entre ellos la técnica psicoanalítica—, escribió un artículo en 1960, antes del surgimiento de la psicología del *self*, en el que resaltó las cualidades principales de la empatía en el proceso analítico. No le adscribía el carácter de elemento central de la cura ni de medio para lograr una reconstrucción estructural de la personalidad, pero sí la consideró un factor que no debe faltar en el tratamiento (Greenson, 1960).

Piensa que la empatía permite aprehender el material, porque hay un entendimiento intelectual y otro emocional. Se trata de una guía para no cometer errores en cuanto al tacto, el *timing* y la medida de las interpretaciones. El analista debe construir un modelo interno de trabajo con y para cada paciente. En este proceso, la conexión empática es fundamental y ocurre de manera preconsciente; es rápida y automática. El analista es observador, pero también participante; debe involucrarse y saber distanciarse. Esta oscilación recibe el nombre de *función yoica regresiva reversible*. El deseo del paciente de ser comprendido no tiene un efecto en la empatía del analista. Con este último punto, se hace una referencia a la empatía dentro del campo de interacción, no solo como un elemento que el analista debe sostener, sino incluso como algo que se construye dentro del vínculo. El clínico puede percibir si se desenvuelve más o menos empáticamente con algún paciente. Esto no solo es producto de su deseo o capacidad empática, sino de los avatares que tienen lugar en los procesos de transferencia y contratransferencia.

Me detengo en este punto porque aparece aquí un camino significativamente distinto en cuanto a la manera de concebir el vínculo: para Kohut, la empatía es una característica que el analista debe sostener; no hacerlo es grave, porque se pierde el elemento principal de intervención terapéutica. Greenson, por su parte, apunta que la empatía es una cualidad deseable y necesaria, pero cuando no se da espontáneamente, el analista se debe cuestionar si la imposibilidad de la relación empática no deriva también del deseo inconsciente del analizando.

Si se trabaja con los preceptos de la psicología del *self*, existen mayores posibilidades de incurrir en los mismos riesgos que implicó la contratransferencia durante las primeras épocas del psicoanálisis. Al analista se le exige mostrarse empático, así como

anteriormente se requirió su objetividad; la pérdida de la empatía, así como de la presencia de la subjetividad en los inicios del método, se cuestionan dentro de un marco de desempeño personal y no en un espacio de interrelación:

las “confrontaciones” a que los analistas exponen a sus analizandos no sólo son a menudo superficiales, superfluas, y experimentadas por el paciente como una actitud de superioridad de su analista, sino que a veces repiten los traumas esenciales de la infancia de un modo particularmente dañino para el avance del análisis. O sea, al no reconocer la validez y legitimidad de las demandas del paciente en materia de respuestas del objeto/sí mismo que promuevan su desarrollo, el analista le falla, como antaño le falló su progenitor (Kohut, 1984:252).

Los psicólogos del *self* se enfrentan al compromiso de funcionar dentro de un parámetro afectivo que puede implicar perder la perspectiva de la dinámica intersubjetiva entre el paciente y el analista. Cabría preguntarse si no conviene tomar la empatía como un elemento más, siempre deseable, que constituye la contratransferencia.

En 1972, Greenson sostuvo que con pacientes graves es necesario hacer una *terapia previa* que ayude a construir relaciones objetales. Para la mayoría de los pacientes no basta el simple acto de interpretar, hay que mostrarse compasivo en sus momentos más desafortunados y conservar la espontaneidad frente a situaciones extraordinarias. Negar los sentimientos del analista obstaculiza el desarrollo de una atmósfera analítica productiva. La empatía y la intuición se relacionan, ya que ambas apuntan a comprender la experiencia en un nivel más profundo. En situaciones extraordinarias, el analista hace uso de intervenciones no interpretativas, componentes esenciales del tratamiento psicoanalítico, por ejemplo, tratar humanamente al paciente y reconocer los propios errores (Greenson, 1972).

Las ideas de Greenson invitan a reflexionar sobre un problema interesante: la importancia del carácter, temperamento, sensibilidad e intuición del analista en el proceso del tratamiento. Si el analista es distante o poco inteligente, seguramente el tratamiento tomará un curso distinto del que ocurriría en el caso de un analista astuto, cercano y bondadoso. La teoría que se utilice es, hasta cierto punto, secundaria.

Por otra parte, Greenson señala los riesgos de las intervenciones no interpretativas. La significación que el paciente conceda a las intervenciones del analista es totalmente personal y caracterológica. Una misma actitud del analista puede interpretarse de múltiples formas; no todos los pacientes van a decodificar de la misma manera lo no interpretativo.

Por ejemplo, un analista siente que su analizada se siente abatida, así que la toma de la mano. Si la paciente tiene una faceta histérica, puede tomar el gesto como un intento de seducción; si es un poco melancólica, puede pensar que el analista la ve tan mal que debe consolarla o, si es paranoide, puede sentir que algo no honesto se esconde tras esta actitud. Con esto deseo resaltar las innumerables formas de percibir lo no interpretativo. Incluso, las interpretaciones más puntuales y específicas suelen ser distorsionadas por nuestros pacientes de una manera personal, y se les adscriben sentidos que no tienen; entonces, ¿cuánto más puede suceder con actos concretos que no pasan por la interpretación verbal?

Para Greenson, es factible sostener una actitud empática, intuitiva y cercana al paciente sin tener que modificar la neutralidad analítica. Piensa que es necesario permitir que el paciente se sienta en confianza para expresar su transferencia regresiva e intensa, para que pueda ser analizada; esto no tiene lugar si no se crea el clima adecuado de contacto.

Asimismo, el paciente necesita que el analista valore sus buenos *insights*; si esto no acontece, sus habilidades constructivas se devalúan. Reconocer los avances del paciente alienta a continuar con el trabajo analítico e impulsa su capacidad introspectiva.²

Algunos autores critican directamente el uso de la empatía como recurso curativo. Gedo (1980), por ejemplo, especifica que hay que tener cuidado en confundir un instrumento que permite la cercanía con el paciente, con la estrategia fundamental de cura en el análisis: la interpretación. Insiste en que el contacto emocional y el entendimiento empático son requisitos para el buen desarrollo del tratamiento. Sin embargo, sostiene que se ha incurrido en el error de creer que la empatía en sí misma conlleva cambios estructurales; opina que la suspensión de la interpretación fomenta que el paciente otorgue significados a partir de su estado mental.

Esperanza Pérez de Plá, psicoanalista sensible, perceptiva y con gran experiencia en el tratamiento de niños, alerta sobre la importancia de revisar continuamente las formas de comprensión y aproximación terapéutica:

lo primero es acercarse al niño y a su mundo, por eso el orden de prioridad en nuestra actitud es justamente el expresado en el título [del artículo “Sobre el saber callar, jugar e interpretar en el psicoanálisis con niños”]: primeramente callar y jugar y sólo entonces interpretar. Y aun antes que todo esto no creer demasiado en nuestro “saber”. Debemos ser conscientes y respetuosos de nuestro desconocimiento para que esto nos permita “olvidar” un tanto la teoría, y que incluso nos ayude a postergar un poco el conocimiento de los antecedentes aportados por los padres. De esta manera se acentúa la atención flotante y se hace posible lo básico, que es estar con el niño [...].

Considero, además, que diferir la interpretación permite retomar una recomendación valiosísima de Freud (que expresa en el caso Juanito) respecto a dejar nuestro juicio en suspenso y comprender lo que aflora desde el inconsciente no con auxilio de los antecedentes, sino tomando lo que viene a continuación (Pérez de Plá, 1999:15-16).

Hay muchas maneras en que autores intuitivos describen la importancia del vínculo emocional y mental empático que apuntala la actividad interpretativa. En 1976, Arnold Modell escribió un artículo en el que integró algunas propuestas de Winnicott con la idea de *interpretación mutativa* de Strachey. Pensó que el ambiente protector y de sostén que el analista aporta es esencial, y se mantiene gracias a las interpretaciones. Coincidió con Strachey en la necesidad de abordar la transferencia para lograr un cambio estructural; el *insight* favorece la interacción, y viceversa. Se trata de fenómenos que no se oponen ni se excluyen, sino que se retroalimentan (Modell, 1976).

Arlow y Beers (1974) son otros autores que se sitúan en una línea similar: señalan que la empatía por sí sola no es suficiente. La intervención analítica adecuada es aquella que oscila entre la identificación a intervalos con el paciente y el trabajo cognitivo que redunde en un proceso interpretativo.

Es necesario que el analista integre las experiencias intuitivas y empáticas con el fin de comprender la fantasía. Con frecuencia se da por hecho que la empatía existe; sin

embargo, es un elemento difícil de definir, aunque las perturbaciones en ella se detectan con facilidad. Comprender la mente de otra persona es un proceso complejo; para lograrlo, los analistas se apoyan en el proceso intuitivo y no en el racional; se busca sintonizar la cualidad del afecto y la naturaleza de la fantasía.

La empatía es una forma de identificación transitoria en la cual el sujeto mantiene la capacidad de separarse del objeto. No es una mera respuesta afectiva, es consecuencia del desarrollo yoico. Es una *emoción señal* que alerta para captar el significado del discurso del paciente y permite comprender el grado de resistencia, así como saber el momento y la manera de interpretar. A pesar de ser diferentes, la empatía y la intuición están interrelacionadas; su finalidad es sostener las interpretaciones y el *insight*.

Citaré como ejemplo el caso de Julia:

Una paciente limítrofe que presenta intensos rasgos paranoides y narcisistas, que en varias ocasiones se ha molestado y me ha acusado de ser injusta y parcial en mis interpretaciones por no ver la realidad objetiva de lo que pasa. Un día llega a la sesión, y en el camino hacia mi consultorio se cruza con un paciente. Al entrar, habla de lo poco cuidadosa que soy, pues no dejo más tiempo entre pacientes y habla de cómo odia que el diván esté caliente. Me relata la forma en la que su madre protege y encubre a uno de sus hermanos, negándose a admitir los actos dañinos de éste. Le señalo que cuando yo no reconozco y afirmo que una parte de lo que le pasa tiene que ver con cosas concretas que hacen los otros, ella me percibe como una madre con una mirada parcial y negadora. Necesita oír de mí que cometí un error al no terminar a tiempo con el paciente anterior; que existe algo concreto que hice en su contra.

Saber que hay afectos generados por situaciones que otros provocan le infunde calma y disminuye su confusión. Si yo hubiera expresado en ese momento que ella tiene un conflicto de posesividad y celos con la madre y conmigo, y por eso le resulta tan intolerable cruzarse con otro paciente o escuchar que la madre encubre al hermano, ella hubiera entrado en una crisis de rabia, sintiéndose injustamente tratada e incomprendida. La actitud empática de entender el enojo ocasionado por la parcialidad de su madre y por mi error es de gran ayuda. Referirse, en una primera parte de la interpretación, a estos aspectos, contribuye a que Julia se sienta comprendida, acompañada y menos perseguida.

Sin embargo, si las intervenciones permanecen en este nivel —lo cual resulta menos amenazante para mí porque ella no monta en cólera y conservamos un clima armonioso—, no vamos a progresar en aprehender, discriminar y analizar la parte controladora, celosa y posesiva de su carácter que hace que las fallas de la madre o mías sean intolerables. Tampoco escapa la forma en la que Julia usa este tema: su reclamo inquisitivo sobre las interpretaciones que no son suficientemente justas y completas, como parte de una necesidad de descalificarme y mostrarme que no tengo cosas valiosas que ofrecerle, fantasía que ella reproduce en muchos de sus vínculos.

Es innegable que Julia sufrió carencias emocionales en su crianza y que estas situaciones son en parte el origen de fallas en la estructura de su carácter. Sin embargo, hay una parte de la personalidad en que el conflicto se engrana a la falla. La preocupación por mantener un estilo empático con una paciente con estas características me mantendría paralizada, sin poder interpretar los aspectos de su personalidad que no son agradables para ella. Norberto Bleichmar, en una comunicación personal, sintetizó

este argumento al señalar que el análisis debe moverse en una *tensión óptima*, manteniendo una atmósfera cálida, comprensiva y amigable, sin dejar de trabajar decididamente hacia el crecimiento mental.

Iatrogenia y seducción en la evitación de la transferencia total

En 1954, Phyllis Greenacre escribió un artículo en el que defiende ciertas ideas de la técnica clásica, como la neutralidad psicoanalítica. Critica enérgicamente los modelos que proponen que el análisis es una experiencia emocional correctiva y señala que hay riesgos graves en intervenir a partir de este enfoque.

La transferencia se permite y expresa gracias a la neutralidad del analista. Una tarea básica del análisis es intervenir sobre la transferencia en su totalidad. Objeta las corrientes que evaden las reacciones transferenciales intensas, que se concentran en interpretar las experiencias pasadas y promueven nuevas experiencias per se durante el trabajo analítico.

En el momento en que Greenacre escribió este artículo, la psicología del *self* no había surgido, por lo que se deduce que estas críticas se dirigieron principalmente a Balint y su idea del *nuevo comienzo*, y tal vez a Winnicott, quien en aquella época propuso la idea de *regresión curativa*.

Las reglas fundamentales de neutralidad y mantenimiento del encuadre permiten que la transferencia aflore abiertamente con todas sus aristas. La transferencia total de la que habla Greenacre se refiere a los aspectos tanto positivos como negativos de la relación. Su visión es tajante, sostiene que si la transferencia no se analiza en su totalidad, la situación se convierte en una seducción del paciente que tiene consecuencias patológicas; el análisis, entonces, es iatrogénico.

La intención por mantener un clima benigno, cálido y bondadoso impide que surja y se exprese la transferencia negativa. En términos kleinianos, esto tiene que ver con fomentar una escisión entre las transferencias negativa y positiva. Interpretar y enfatizar los elementos positivos de la relación actual con el analista impulsan a disociar los aspectos negativos hacia el pasado y hacia las relaciones externas al análisis. Etchegoyen (1986:387) menciona que las interpretaciones extratransferenciales provocan que se idealice al analista; el campo del conflicto se circunscribe a lo que sucede fuera del ámbito entre paciente y analista. De igual manera, cuando se toman únicamente las condiciones positivas de la relación y no se da cabida a las propiedades hostiles que emergen en el vínculo, la transferencia queda escindida. Greenacre señala que esta forma de proceder no solo deja fuera un aspecto medular como la transferencia negativa, sino que trabajar de esta manera con un paciente es iatrogénico y seductor (Greenacre, 1954).

La preocupación de esta autora me parece vigente en los modelos que proponen restaurar el déficit producto de una falla parental a partir de la creación de un encuentro emocional armónico y afectuoso con el paciente; existe una tendencia implícita a pensar que solo el analista es el objeto bueno. La teoría en sí misma disocia las cualidades negativa y positiva: la primera respecto de los objetos tempranos, la segunda en el

vínculo actual con el analista.

Propuestas contemporáneas

Autores como Gedo, Foguel, Curtis y Killingmo critican que se modifique la técnica para tratar a pacientes graves. Piensan que es diferente matizar el estilo interpretativo en aras de construir una significación emocional y darle un sentido al afecto del paciente, que cambiar la técnica y el papel del analista. Los pacientes con una falla estructural requerirán que la interpretación se module con la finalidad de restablecer el puente fracturado entre los contenidos inconscientes, su expresión y la comprensión simbólica. Hay un consenso respecto de la necesidad de transformar la cualidad de la interpretación en trastornos graves; el cuestionamiento central se dirige a que se altere la actitud y el método analítico general. Uno de los puntos nodales es si es factible dar sentido a la experiencia, suspender el desciframiento de los contenidos simbólicos y apoyar al paciente en el trabajo de discriminar sus afectos y pensamientos sin tener que recurrir a una actividad concreta.

Celia Leiberman (2004) expuso cómo el desarrollo de la técnica activa de Ferenczi se debió no solo a la psicopatología de los pacientes, sino también a la dificultad de sostener un proceso lento, trabajoso y muchas veces monótono, en el cual los cambios son graduales.

Relata el tratamiento de una paciente ágora y claustrofóbica que no podía estar sola. Al cabo de un tiempo de terapia mejoró y comenzó a hacer salidas; decidió empezar a manejar, pero pidió a su padre que la acompañase. Más tarde, accedió a que él la siguiera en otro coche. Esta situación, así como la patología en general, fue analizada a profundidad; sin embargo, el síntoma, con algunas modificaciones, prevalece.

La analista cree que la paciente ya ha comprendido lo necesario y que, con un esfuerzo, los síntomas podrían superarse. El aspecto posesivo que continúa en el carácter utiliza y sostiene el síntoma; esto es lo que se ha definido como la *ganancia secundaria del síntoma*. Si este caso fuera tomado por un analista que estuviera de acuerdo con las técnicas activas, es probable que se limitara la conducta de la analizada mediante una orden en que se le pide no insistir en que su padre la custodie o, incluso, que se le amenazara con interrumpir el tratamiento si no modifica su actitud.

Leiberman señala que la dificultad de las técnicas activas,³ muchas veces producto de la comprensible impaciencia del analista, es determinar hasta dónde aplicarlas. Éste es un problema que enfrentó Ferenczi, quien se cuestionaba hasta qué punto debía presionar a su analizando para que cambiara. Por ejemplo, con un paciente fronterizo que se pone ansioso al final de la hora, se puede decidir ampliar el tiempo de la sesión e intentar que no se sienta expulsado. Sin embargo, frente a estrategias de este tipo, no se puede dejar de cuestionar si las ansiedades de separación también son utilizadas por la parte posesiva del carácter, si la alteración del encuadre únicamente responde al aspecto necesitado del paciente. También nos preguntamos si, de cualquier manera, el paciente que se siente expulsado no vive así la experiencia aunque las sesiones terminen después de lo acordado. Sentirse expulsado o no de la sesión no dependerá del tiempo que ésta tome,

sino de la fantasía que predomine en la mente del analizando.

Coincido con los autores que opinan que en las técnicas activas se da más valor a la realidad objetiva que al mundo interno, a la fantasía y a la manera en que la realidad intrapsíquica matiza la externa. Fanny BlanckCerejido observa que “satisfacer la necesidad de amor del analizando es sugerirle que eso es precisamente lo que le falta” (Blanck-Cerejido, 1996:112).

Las satisfacciones directas, en lo concreto, de las demandas del paciente, obturan la posibilidad de encontrar los sentidos ocultos que se encuentran detrás de ellas.

En este sentido, Gerald Fogel (1987) menciona que cuando se actúa de manera específica ante la demanda del paciente, se establece una *concretización* de la relación. El analista responde con una actividad definitiva sin darle un significado metafórico a la necesidad del paciente; no se aportan sentidos emocionales que lleven a fortalecer el mundo simbólico. Si se entiende la realidad de manera concreta, se daña al paciente, quien precisa dotar de valor emocional y mental sus experiencias. Lo mejor que le puede pasar a un paciente con fallas estructurales es que el analista y él creen, de forma imaginativa, significados de lo que pueden expresar las demandas, porque así se le da la posibilidad de acceder a otro orden de representación.

Killingmo ofrece un ejemplo con el caso de una paciente que es la mayor de cinco hermanos y desde temprana edad se vio obligada a cuidar de ellos sin recibir ningún reconocimiento materno. La madre le exigía una conducta *agrandada*; cuando la paciente no respondía de esa manera, la madre se ausentaba de casa, mientras que sus hijos se sentían angustiados e inseguros.

La paciente pide una y otra vez la opinión del analista. Éste la alienta a encontrar las necesidades expresadas en esta actitud demandante y le sugiere algunas interpretaciones. Ella toma esto como una ofensa. Durante una sesión se aclara que la paciente vive la invitación a pensar en lo que sucede dentro de ella como una actitud hostil. El analista se preocupa entonces por el malentendido y se da cuenta de que ha supuesto que ella tiene la capacidad de hacer un trabajo introspectivo para el cual su nivel de organización estructural todavía no es apto. Interviene y aclara la manera en que la paciente lo ha vivido: como un analista no cercano a su experiencia.

Killingmo denomina a este tipo de intervención *interpretación afirmativa*; su finalidad es delimitar y dar forma a las emociones que la paciente experimenta hacia él. El objetivo no es revelar el significado de algo oculto, sino constituir dicho significado. El analista piensa que la súplica desesperada por reconocimiento es consecuencia de la falla empática de la madre. Sin embargo, no omite que, por otra parte, hay una actitud agresiva de la paciente para demostrar la inhabilidad del analista para ayudarla. En un nivel inconsciente, esta mujer se identifica con la madre, quien nunca aporta un reconocimiento y, por otro lado, desea triunfar agresivamente sobre la madre-analista, y llevar la terapia al fracaso. La falta de registro e intervención sobre el aspecto agresivo sería una falla técnica importante.

Las interpretaciones afirmativas de las que Killingmo habla están orientadas a discriminar experiencias mentales; son operaciones que particularizan el sentido de significación emocional.

Retomaré el relato recién expuesto sobre Julia, paciente que suele presentar estados caóticos y situaciones paranoides:

Frecuentemente proyecta emociones hostiles en mí y en otros; se confunde y se siente agredida y maltratada. En el transcurso del análisis ha detectado cómo la identificación proyectiva le genera sentimientos de persecución. En una ocasión dice que planea comprar un terreno, pero hay ciertas cosas que no le gustan del vendedor. Había decidido no acudir a compañías de bienes inmuebles debido a sus elevadas comisiones, y prefirió buscar anuncios informales para ahorrar dinero. Explica que siente desconfianza y presión por lo que el vendedor le plantea. Comenta: “Ya no sé si otra vez estoy imaginando cosas o si de verdad este hombre es un tramposo”.

Yo interpreto, por un lado, un aspecto que aparece habitualmente en la transferencia: desde un área narcisista del carácter, ella piensa que puede hacer las cosas mejor que otros, en este caso, que puede ser más eficiente que las compañías de bienes inmuebles; quiere ahorrar arreglándoselas sola. En su agrandamiento toma una alternativa que no es del todo confiable, y se pone en peligro. Ésta es una interpretación que apunta hacia el conflicto de competitividad y autosuficiencia que existe en su personalidad. Además, percibe que se involucró en algo que implica un riesgo potencial que puede costarle mucho económicamente; no sabe si atribuirlo a su desconfianza general o a una circunstancia concreta de la que tiene que protegerse. Duda en dar crédito a lo que está percibiendo, en parte porque está confundida por las ansiedades paranoides concomitantes al agrandamiento: si roba la función de hacer bien el trabajo a la compañía de bienes inmuebles, después siente que ella también puede ser despojada; y también vacila porque ella tiene una dificultad para discriminar lo externo y lo interno.

Es probable que si las intervenciones analíticas se limitaran a interpretar las fantasías que están detrás de su angustia, ella terminara sintiendo que todo es un producto de su imaginación. Tal vez dejara al vendedor tramposo porque entiende que hay un conflicto que la lleva a acudir a él, pero se quedaría con una pregunta acerca de la cualidad de su discriminación respecto de sus percepciones.

En pacientes en quienes los conflictos adquieren dimensiones de confusión arcaica con el objeto, no basta interpretar el contenido de las fantasías, sino que se requiere puntualizar el valor de la experiencia. Una manera de plantear el tipo de conflicto que Julia presenta es señalar la rivalidad con el objeto, pero en este caso la rivalidad cobra tintes primitivos, y la paciente no queda solo en pugna, sino confundida y perseguida.

Yo le comento que al parecer lo que experimenta, la desconfianza, tiene sentido. Doy crédito con mi intervención a sus discernimientos. Ésta sería una interpretación afirmativa en términos de Killingmo.

Interpretar los contenidos de ansiedades arcaicas ayuda al paciente en el proceso de diferenciación; le da un enunciado simbólico a situaciones que parecen insólitas y confusas. Con esta paciente me interesa, por una parte, analizar los libretos que están detrás de sus estados confusionales y paranoides; por otra, que consolide una manera de discriminar y certificar sus experiencias.

El trabajo interpretativo analítico comprende funciones tanto constructivas como reveladoras: una construye sentidos y significaciones, mientras que la otra desentraña los que ya existen. El componente emocional y el *insight* trabajan juntos y se necesitan el uno al otro.⁴

Ningún análisis tiene la única finalidad de desentramar los contenidos inconscientes.

Los poskleinianos, por ejemplo, enfatizan que el análisis desarrolla nuevas funciones mentales. No solo se entienden los conflictos, sino que a través de la identificación con la actividad analítica, el paciente despliega y fortalece esta capacidad dentro de sí. En este sentido puede afirmarse que todo análisis tiene un aspecto de experiencia emocional que consolida o fortalece facultades y posibilidades afectivas y mentales. El ejercicio interpretativo tiene un doble sentido: aporta información valiosa acerca del funcionamiento mental y, simultáneamente, ofrece un referente identificatorio de tolerancia de ansiedad y posibilidad de comprensión.

Cuando Julia rivaliza conmigo, resulta evidente que termina confundida y perseguida; la transferencia toma un carácter arcaico. No se trata únicamente de un conflicto de dimensiones edípicas donde hay una intensa competitividad, sino que la rivalidad adquiere características de confusión. La transferencia confusa se despeja mediante interpretaciones que den cuenta de la intensa identificación proyectiva y las fantasías sobre las que se asienta. Sin embargo, hay otra cualidad transferencial que corre paralelamente: la necesidad de que yo sea un objeto que no solo aclare la confusión, sino que asevere y corrobore la experiencia.

Juan Vives señala que la interpretación es la estrategia útil cuando el objetivo es la revelación del inconsciente. La adquisición del *insight* es el beneficio inmediato. Hacer consciente lo inconsciente es la primera meta de la acción terapéutica del psicoanálisis. Freud observó que la pura adquisición del *insight* no basta, sino que hacía falta un largo proceso de trabajo analítico que recibió el nombre de *elaboración*. Los desarrollos contemporáneos en torno de patologías como los trastornos fronterizos empujan a la clínica a dar todavía un paso más:

[hay un] cierto tipo de intervenciones de tipo interpretativo, pero cuya finalidad no radica en hacer consciente lo inconsciente, sino que pretende integrar en los pacientes las partes anteriormente disociadas entre sí, independientemente de que sus contenidos hayan tenido el estatuto de ser conscientes —como ocurre en los pacientes con patología de tipo narcisista o *borderline*, donde la tarea que se realiza más que develar contenidos del inconsciente, tiene como finalidad la de poner en contacto partes conscientes pero divorciadas entre sí, disociadas y, por lo tanto, actuando cada una por su lado sin tener noticia una de la otra. En este último sentido, este tipo de interpretación integradora, más que romper la represión, está al servicio de un fortalecimiento de la función sintética del Yo (Vives, 1996:16-17).

Vives piensa que la interpretación, la construcción y el vínculo terapéutico son los instrumentos centrales en el desarrollo del proceso psicoanalítico, y que permiten abordar tanto el conflicto como la historicidad y el déficit (*Ibid.*:21).

Palabra, estética y creación de sentido

El pensamiento psicoanalítico contemporáneo se pregunta sobre la importancia de los distintos aspectos de un tratamiento. ¿Qué es lo importante?

¿La teoría del analista? ¿Sus cualidades emocionales? ¿El contenido interpretativo o su función mental?

Al final de su vida, Donald Meltzer se concentró en el estudio de las cualidades

emocionales del analista y la atmósfera que se desarrolla entre el analista y el paciente. En el prólogo a los *Collected Papers* de MoneyKyrle (1978), afirma que la bondad, la paciencia y la modestia del psicoanalista es su mayor aporte al desarrollo del tratamiento; más importante aún que la teoría que utiliza.

Conceptos como la música de la voz del analista, la temperatura y distancia en las sesiones, el clima en las relaciones, la receptividad analítica o la imaginación, son objeto de estudio en sus textos teóricos y clínicos. Su modelo de intervención destaca fenómenos como la creatividad, la intuición y la imaginación. Existe una brecha entre lo que el analista cree que ocurre en las sesiones y lo que verdaderamente acontece. El trabajo psicoanalítico no se lleva a cabo a través del intelecto consciente, sino que el entendimiento verdadero radica en la intuición, no en descifrar.

El analista frecuentemente alberga una postura pedagógica frente a estructuras mentales infantiles; ésta es una actitud que se encuentra casi implícita en la actividad interpretativa de los elementos infantiles del paciente. Meltzer alerta sobre este punto y propone abandonar esta actitud en favor de una conducta de camaradería con la parte adulta del paciente.

En un conmovedor ejemplo de resonancia emocional con un paciente aterrado que sufre de la próstata, Félix Velasco subraya la necesidad de una actitud intersubjetiva de comprensión cercana y simétrica, similar a la que Meltzer propone:

sobre todo las similitudes de nuestro funcionamiento psicodinámico nos igualan y nos recuerdan que somos susceptibles de sufrir y enfermar tanto en lo físico como en lo emocional; dolorosa verdad, que somos iguales, lo que frecuentemente negamos cuando nos colocamos en una posición de superioridad y lejanía ante las formas diversas de los pacientes de enfrentar sus conflictos, aduciendo una mala entendida neutralidad [...]. *Sólo lo humano puede entender a lo humano*, dice una antigua sentencia bíblica [...] (2005:23-24).

Para Meltzer, el grado de exactitud en el contenido de la interpretación adquiere un nuevo valor. El contenido es importante, pero más aún es la manera en que es transmitido emocionalmente: la belleza al formular las interpretaciones. En el proceso interpretativo es mejor recurrir a metáforas plásticas que den profundidad y abran varias posibilidades de sentido. Cuando el analista describe los conflictos del paciente, no es conveniente que utilice términos técnicos, sino un lenguaje coloquial.

El humor es otro ingrediente importante en las sesiones: a Meltzer le gusta que *las sesiones terminen con una sonrisa* (Oelsner y Oelsner, 1999: 14). El valor del trabajo analítico no se cifra a partir del saber que el analista despliega, sino del grado en que tanto paciente como analista disfrutan.

Solange Matarasso, en un homenaje a Donald Meltzer, destaca la articulación que hay entre la emocionalidad en el análisis y el progreso mental del paciente:

Meltzer privilegia el crecimiento mental a través de la capacidad para significar la experiencia emocional, y en ese proceso el componente estético es un factor fundamental en el desarrollo. Así, el proceso analítico adquiere una dimensión nueva: la sesión se convierte en un espacio mental de intimidad y es la calidad de la relación emocional analizada en la transferencia lo que dará cuenta de la marcha misma del análisis, de la “cura” y del “alta”. La inclusión del vínculo “L” (*Love*, amor) supone no una fiesta del enamoramiento mutuo, sino un nivel de cooperación e integración, un nivel de intimidad e interés, de modo que el clima

apasionado mantenga la curiosidad del paciente para conocerse a sí mismo más allá del marco de la sesión y del tratamiento (2006:296).

La experiencia estética es parte integral del proceso de análisis. En este sentido, Meltzer está inscrito en una tradición romántica y platónica presente en la admiración por la obra de John Keats, para quien verdad es belleza, y belleza es verdad. Las interpretaciones no solo deben poseer un grado de coherencia, sino también de verdad y belleza. El analista debe evitar las interpretaciones repetitivas, cliché y rutinarias. La coherencia que una interpretación brinda al material no parte de las reflexiones racionales y lógicas, sino de una experiencia estética (Meltzer, 1978).

En una supervisión se le presenta el caso de un adolescente que asumía el papel de mediador y conciliador en un conflicto familiar. El joven hacía esfuerzos intensos por reconciliar a las partes en pugna, y se mostraba angustiado por lo que ocurría. Meltzer comenta: “Cristo en la cruz”. Espontáneamente opta por un señalamiento figurativo en lugar de interpretar directamente. Construye una metáfora que da cuenta de los elementos emocionales presentes y abre sentidos: la megalomanía, los aspectos omnipotentes, su inquietud “salvadora”, los aspectos generosos.

En una entrevista sostenida cinco años antes de su muerte, Meltzer comenta:

Así es que ciertamente con estudiantes les digo que traigan sólo el material, y que me dejen pensar en el material y entrar imaginativamente en el material, para no estar juzgando en ningún sentido sus interpretaciones. Por supuesto que creo que esto es posible, en parte, porque no creo que las interpretaciones sean tan importantes como se sostenía anteriormente en el psicoanálisis; creo que la relación entre analista y paciente que está contenida no sólo en las palabras sino también en la música es muy importante [...] la atmósfera es terriblemente importante, no se puede enseñar la atmósfera, sólo se puede demostrar la atmósfera [...]. Creo que la música del lenguaje y la voz humana es muy primordial, es el vínculo entre la madre y el hijo cuando todavía está en el útero, la música de la madre le llega al bebé, y creo que la profundización de la transferencia analítica depende mucho de esta música y es mucho menos dependiente del *insight* analítico que se puede comunicar por interpretaciones. No quiero decir que las interpretaciones no sean importantes, pero la importancia que tienen consiste principalmente en que confirman al paciente que uno está realmente escuchando y pensando. El paciente no sabe si tiene razón o no, lo mismo que uno como analista no sabe si tiene razón o no [...] (Oelsner y Oelsner, 1999:12-13).

El interés alrededor del ambiente emocional y el tipo de contacto que se establece entre paciente y analista es un tema que interesa en la actualidad a muchos psicoanalistas de diferentes escuelas.

Anteriormente señalé que la *clínica del vacío* o *lo blanco* son términos acuñados por André Green para describir fenómenos encontrados en la clínica que aluden a problemas en la estructuración en el psiquismo. Quienes se muestran son personalidades con una gran dificultad para establecer relaciones internas de simbolización. Aquí los sueños cumplen con la tarea de evacuar; las fantasías pueden representar una actividad compulsiva destinada a colmar un vacío o son consideradas como hechos.

Estos casos graves son los que más exigen del analista, tanto personal como profesionalmente, porque en esa prueba no solo se requiere su empatía y sus capacidades afectivas, sino su funcionamiento mental óptimo.

Green elogia las ideas de Bion, quien compara el funcionamiento psíquico del analista con la actividad de ensoñación de la madre. Frente a la descarga del paciente, el analista

responde con un trabajo elaborativo, al mismo tiempo que se vale de sus cualidades de empatía. El *rêverie* es una función mental donde la madre y el analista convierten partículas carentes de relevancia emocional y mental en elementos susceptibles de ser soñados, pensados, metabolizados. El papel y la función del analista se amplían y se vinculan a la construcción de elementos simbólicos.

Se asigna una creciente importancia a la contratransferencia en el momento de construir la interpretación, no solo en el sentido de lo que Heinrich Racker y Paula Heimann exponen,⁵ sino comprendida de una manera más amplia que incluye la elaboración imaginativa del analista.

Green define como *proceso terciario* la capacidad del yo para pasar flexiblemente de la realidad psíquica a la material y viceversa. El yo reconoce los procesos primarios subjetivos y los vincula con los procesos secundarios de la razón objetiva. La labor principal es establecer conexiones o ligazones entre ambos procesos. A diferencia de Freud, quien pensaba que el desarrollo mental dependía del predominio del proceso secundario sobre el primario, se plantea la armonización de ambos procesos, gracias al funcionamiento de un tercero que es constructor de actividad simbólica (Green, 1972:35).

En los casos de patologías graves, los procesos primario y secundario no se comunican de forma adecuada; no hay proceso terciario. El pensamiento funciona a la manera de un rompecabezas desarmado en el que existen huecos y piezas independientes unas de otras. La manera técnica para acceder a estas patologías consiste en brindar al paciente el proceso terciario del analista.

El analista se ve compelido a responder al vacío del paciente, con el esfuerzo de su pensamiento; tratará de *pensar lo que el paciente no puede pensar*. Contratransferencialmente, esto implica un gran esfuerzo por impedir que la *muerte psíquica, el blanco*, lo arrolle. Los contenidos y los significados son *actividades artificiales del pensamiento* que no se sitúan detrás de la represión, como en los casos con neuróticos, sino *después del vacío*.

Decía anteriormente,⁶ que esta línea de pensamiento está vinculada con desarrollos como el de Meltzer (1975a, 1975b) sobre el autismo o la identificación adhesiva, el de Joyce McDougall (1989) sobre la psicósomática y el de otros autores. Son desarrollos que colocan al vacío, a los aspectos psicóticos y a las actividades superficiales de pensamiento como el centro de ciertos padecimientos. En términos de Green, la meta en estos casos consiste en trabajar con el paciente en una operación doble: dar un continente a sus contenidos, y dar un contenido a su continente.⁷

Frances Tustin (1987) estudia a fondo la presencia de barreras o núcleos autistas en pacientes que tienen una constitución predominantemente neurótica. El analista se encuentra con síntomas aparentemente no graves que encubren aspectos subyacentes refractarios al tratamiento. Celia Delgado, analista mexicana y gran conocedora de la teoría de Tustin, presenta el caso de un niño en el que una patología obsesiva y fóbica oculta defensivamente angustias arcaicas y de fragmentación; ciertas pérdidas dejan al descubierto su fragilidad psíquica. Comenta acerca de Tustin: “a partir de su propia

experiencia insistía mucho en la necesidad de tomar en cuenta para un sensible trabajo terapéutico, los ‘miedos a ser esparcido, de ser disuelto’ que experimentan tanto los niños autistas como muchas personas neuróticas con núcleos autistas” (Delgado, 1999).

Una de las cuestiones centrales que se encuentra en la intervención con este tipo de pacientes es el manejo de la transferencia y la contratransferencia:

[...] las dificultades transferenciales en las que se ve inmerso todo psicoterapeuta que trabaje con niños o adultos con patologías graves, al ser llevado durante el proceso de la cura a vulnerar sus propias barreras protectoras. Situación que permite, sin embargo, la percatación contratransferencial de estados hipersensibles en el paciente, que no son verbalizables en la medida en que corresponden a situaciones muy tempranas, pero que se evidencian a través de su modalidad de tomar contacto [...]. Estas barreras erigidas por el paciente tienen un efecto excluyente, desvitalizador del psicoterapeuta que viene a ocupar el lugar de objeto muerto, inanimado; y producen un bloqueo activo en la capacidad de razonamiento de ambos (Delgado, 1999: 131-132).

Se puede observar la cercanía de esta descripción clínica y contratransferencial con la idea de Green de quedar atropellado por el *blanco*. Para Celia Delgado, el reto terapéutico con estos pacientes es acabar de romper el cascarón autista protector, sin que el sujeto se fragmente.

Técnicamente, el analista se encuentra frente al peligro de caer en el agujero de la estructura, o se enfrenta al deber de llenarlo. Ambas intervenciones son inútiles, ya que el paciente es refractario y su aparato psíquico funciona con un poder de una denegación difícil de comprender. El acercamiento progresivo y la ligadura son los puntos centrales del andamiaje técnico en estos casos.

Green critica las intervenciones clínicas que se sitúan cerca de la técnica de Balint, quien se esfuerza por organizar la experiencia en un grado mínimo y permite que se despliegue bajo el amparo benévolo del analista para favorecer el *new beginning*. El riesgo de esta técnica consiste en dejar al paciente solo, en un aislamiento impregnado de silencio mortífero y del vacío del narcisismo negativo.

En el otro extremo, piensa que están los kleinianos, quienes proponen organizar la experiencia por medio de la verbalización interpretativa que suele adquirir matices precipitados. A pesar de que Green respeta y admira la clínica kleiniana, que enfrenta casos graves, apunta que se corre el riesgo de inundar el espacio psíquico con una presencia intrusiva. El objetivo con estos pacientes es construir la investidura positiva del espacio psíquico (Green, 1972:83-85). Conviene señalar que autores como Kernberg, Bion, Meltzer, y la misma Betty Joseph, emiten juicios similares al de Green, pues cuestionan un tipo de interpretación kleiniana, utilizado en el pasado, que saturaban de contenidos.

Para Green, la técnica de Winnicott se ubica en el centro de estos dos extremos y aporta las siguientes cualidades:

- a) Otorga su lugar al encuadre;
- b) Recomienda la aceptación de estados informales y la actitud no intrusiva;
- c) Suple verbalmente la carencia de cuidados maternos, hasta que se conforma una relación en la que el analista pueda convertirse en objeto transicional.

Piensa que esta técnica toma en cuenta la noción de *ausencia*; ésta es una condición potencial para construir objetos y formar el pensamiento, similar también a la idea de *no pecho* de Bion.

Es patente el interés de varios analistas por enfatizar que, en las intervenciones con pacientes graves, no se destaca el contenido, sino la forma de funcionamiento mental. El analista hace explícita la dificultad de pensar del paciente y no interpreta el significado directo; se hace referencia al tipo de comunicación, al proceso de pensamiento o al estilo de vínculo que se tiene en ese momento.

Por ejemplo, una paciente con una falla estructural cuenta que era una niña muy tranquila. Su madre decía que su crianza nunca representó dificultades, pues podía dejarla sola y la paciente se mecía tranquila durante horas. El cuadro que la mujer relata invita a pensar en una restitución autista. Una de las sesiones se convierte en una cascada de sueños interminable, al analista no le interesa, en ese momento particular, el contenido de los sueños, sino el hecho de que, cuando la paciente cuenta sueños, parece sentirse en contacto con él.

La interpretación se dirige a describir cómo el lenguaje, lo que ella comunica y lo que el analista le dice, es un medio para sentirse acompañada; las palabras sirven como enlace sensorial (Norberto Bleichmar, 2003). Una vez que se incorporan conceptos como la falla estructural o las funciones simbólicas que no están operando, se modifica la manera de intervenir clínicamente. Norberto Bleichmar⁸ refirió el siguiente caso:

Un paciente esquizofrénico, quien, en una entrevista hospitalaria, vio a una muchacha atractiva que pasaba, y describió con mucha angustia una alucinación negativa: *Doctor, me falta un dedo*. En los sesentas, los criterios de discriminación clínica eran otros, no se contaba con los modelos actuales que ayudan a distinguir los funcionamientos e intervenciones de áreas psicóticas y neuróticas de la personalidad y se interpretaba el contenido simbólico de la alucinación: *probablemente pasó la muchacha atractiva y entonces tú sentiste deseos de masturbarte y ahora sientes que te falta un dedo*. Ante esta intervención, el paciente comenzó a mover la silla para ver si podía colocarse frente al analista como muestra de su incapacidad para comprender lo escuchado.

A manera de ejercicio, se puede señalar que, en retrospectiva, lo que hubiera convenido interpretar es algo como: “Tratemos de hablar de cómo sientes que te falta el dedo”; “Tratemos de entender qué sentiste cuando pasó la muchacha, y si tuvo algo que ver con lo que dices”; “Me dices lo de tu dedo porque esperas que yo te escuche, que te mire, que reciba esa preocupación tuya”; “Te angustia mucho que te falte el dedo, cuéntame cómo lo sientes”. Es muy probable que el paciente se tranquilice al narrar su experiencia y quizás en otro momento, cuando baje su ansiedad, se le pueda interpretar algún contenido simbólico.

El concepto de *continente* tiene una importancia decisiva en el trabajo clínico con áreas protometales, no solo se trata de una función afectiva sino de la posibilidad de estructurar el pensamiento a través de la metabolización de experiencias emocionales. La idea de Meltzer (1967) de *pecho inodoro* se basa en esta teoría: el analista opera como el receptor de las identificaciones proyectivas del paciente, valora la capacidad de éste para recibir las interpretaciones, para reintroyectar lo proyectado y, en el caso de que esto no sea posible, se hace cargo del dolor mental evacuado. Meltzer explica que esto implica un

intenso sufrimiento en ciertos momentos para el analista.

Para dar un ejemplo, citaré el caso de una mujer diagnosticada con un trastorno bipolar.⁹

La paciente tiene momentos depresivos muy fuertes, un intento de suicidio y pasa por fases maníacas. En varias ocasiones relata que tiene desavenencias con una de sus cuñadas; este conflicto lleva mucho tiempo, pues su cuñada le debe dinero. Un torrente de odio e ideas vengativas corre en la sesión, en un momento cambia de tema y dice que gastó mucho dinero en compras innecesarias.

La analista le pregunta qué pasó en el centro comercial. Le señala que pasa por épocas en que no se levanta ni sale de su casa, y de pronto se va de compras y gasta de más. Ella responde: *En el centro comercial yo me siento muy bien, ahí es el único momento en que me siento bien, y entonces gasto.*

Los caminos interpretativos que se abren son varios: se le puede explicar que reproduce una situación de odio dentro de su mente —lo cual puede vincularse ahora con su cuñada—; que posee un aspecto conflictivo que la predispone a reñir todo el tiempo. La depresión que la aqueja se relaciona con los estragos por el odio que tiene lugar dentro de sí.

Se puede resaltar la manera en que el pleito también la excita, la enciende maníacamente: rumiar la venganza le proporciona un sentimiento de triunfo omnipotente similar al de ir al centro comercial y gastar con la sensación transitoria de que no hay límites que la detengan.

Sin embargo, el clima evacuativo y maniaco que produce en la transferencia hace pensar que no está en condiciones de escuchar y entender estos contenidos en este momento. La analista encuentra necesario e importante comunicarle dichas ideas y darle la posibilidad de que comprenda mejor sus propios conflictos, pero presiente que la paciente no tiene la actitud mental para aprehender interpretaciones de este orden.

Devolver una interpretación de manera intempestiva y poco metabolizada puede convertirse en una nueva identificación proyectiva ahora del analista hacia el paciente. Se requiere sostener una actitud mental de tolerancia y paciencia para tramitar en términos simbólicos lo que sucede en la transferencia.

La analista decide señalarle a la paciente el ritmo de su lenguaje, claramente hipomaniaco; su necesidad de descargar el enojo que siente; el deseo de *quitarse de encima* las cosas que la molestan; relaciona las visitas al centro comercial con la falta de las sesiones el fin de semana y la búsqueda de un objeto-analista-centro comercial en el cual evacuar su ansiedad y dónde sentirse bien mágicamente.

La paciente no recibe interpretaciones que apunten a los contenidos presentes en los conflictos que manifiesta, sino descripciones de sus estados mentales, de su ansiedad, de lo que hace en el vínculo y cómo usa a los objetos. La finalidad es ayudarla a dar sentido a la experiencia, a significar situaciones que conllevan una fuerte carga de impulsividad y actuación. Interesa que la paciente pueda registrar su vivencia maníaca, la identifique y logre discriminar cuándo entra en ese funcionamiento afectivo. Por otra parte, sería absurdo suspender totalmente la interpretación de los contenidos; de ser así, la paciente perdería la oportunidad de comprender a fondo cuál es la dinámica interna que la impulsa a funcionar de tal manera. Sin embargo, es necesario valorar el momento en que puede

escuchar las interpretaciones.

Una condición contratransferencial compleja en este caso es que la paciente es madre de una bebé a quien descuida cuando se deprime. La analista suele sentirse preocupada por el destino de la niña y resulta claro que la paciente colabora en la producción de estas emociones. Hay una identificación proyectiva del abandono y la exclusión en la figura de la hija, la interpretación de este aspecto es importante. Sin embargo, hay una tarea paralela que la analista desarrolla cuando señala y pregunta sobre las condiciones del cuidado de la niña en los momentos cuando ella no puede hacerse cargo: tiende un puente que permite a la paciente acercarse a los aspectos de su vida cotidiana que borra o evita.

Se puede inferir que la analista se preocupa por la niña más que la mamá; esto se debe, entre otras razones, a una identificación proyectiva de la paciente en la cual evacua el desasosiego porque le resulta intolerable sentir culpa o responsabilidad por la criatura. Pero, en el caso de una paciente grave, es indispensable la toma de contacto con elementos convencionales que para un paciente neurótico serían intrascendentes. Asuntos como quién cuida a la bebé cuando ella se siente mal; preguntarse por los peligros potenciales que hay en casa cuando la niña pasa horas sola mientras ella duerme y demás consideraciones, son intervenciones necesarias para construir un pensamiento que le permita afrontar y manejar lo cotidiano. Con pacientes graves las intervenciones suelen aterrizar en elementos aparentemente triviales. No se trata de guiar las acciones o aconsejar, sino de impulsar formas creativas para manejar aspectos vitales.

Recapitulando, ¿cómo intervienen las cualidades emocionales del analista en el desarrollo psíquico del paciente? ¿Qué lugar tiene la interpretación en el crecimiento mental de pacientes con trastornos graves?

La posibilidad de entender las patologías desde otra perspectiva —déficit o falla estructural— implica un cambio tanto en la manera integral de comprender ciertos fenómenos del funcionamiento mental como en la técnica, donde se proponen intervenciones en las que se suspende el desciframiento de los contenidos simbólicos y se apoya al paciente en el trabajo de discriminar sus afectos y pensamientos.

El vértice del trabajo clínico con pacientes graves oscila entre ser continente y edificar contenidos. Esto implica colocar el pensamiento, la capacidad imaginativa y la facultad simbólica para construir sentidos donde no los hay.

Mientras que la interpretación tradicional devela o descifra significados ya existentes, las interpretaciones que toman en cuenta el déficit simbólico tienen como propósito construir sentidos emocionales. Ambas pueden utilizarse alternadamente según el nivel de funcionamiento que el paciente manifieste.

La atmósfera emocional que el analista despliegue en las sesiones es un elemento indispensable para el cauce del tratamiento. Las interpretaciones que fluyen a través de la imaginación, la plasticidad metafórica, la sencillez y el humor, tienen mayor impacto afectivo y mental.

Cabe subrayar que el trabajo sobre el ambiente en la sesión no implica mantener un clima empático per se. La presión por sostener la empatía o buena atmósfera sine qua non conlleva ciertos riesgos: se intensifica la tendencia a escindir los aspectos negativos, se resta peso a la responsabilidad psíquica y, en el caso de las técnicas activas, la satisfacción de demandas concretas impide la traducción y construcción de significaciones en un nivel simbólico mayor. Es por esto que, clínica e intuitivamente, es necesario hacer un balance entre un clima confortable, sin dejar de intervenir sobre los aspectos espinosos y desagradables de la personalidad.

El trabajo interpretativo, de *insight*, no está desligado del funcionamiento empático ni del contacto afectivo con el paciente. Más aún, el mundo afectivo se entreteje con el desarrollo simbólico. Cuando un paciente recibe del analista una función mental y emocional creativa y cercana —tanto a través de la interpretación como de la atmósfera en la que se transmite—, se aporta la plataforma necesaria para la construcción de significados.

También, la interpretación de contenidos no solo ofrece datos afectiva y mentalmente relevantes, sino que en sí misma es fuente de identificación con la función analítica. El paciente se beneficia tanto del conocimiento que adquiere de sí mismo como de tener a su lado a alguien que psíquicamente se esfuerza por producir significaciones de la experiencia emocional.

NOTAS

¹ Viñeta y comentario de Norberto Bleichmar (2003).

² Cercana a esta idea, Carmen Islas (2008) comenta con respecto del tratamiento de niños la paciencia y dedicación que requiere el analista. La actitud empática del analista implica una aceptación de la comunicación inconsciente del niño y tolerar sus proyecciones no está desligado de encontrar un significado en el juego, analizar las fantasías y reconocer la transferencia.

³ “Conjunto de procedimientos técnicos recomendados por Ferenczi: el analista no se limita a dar interpretaciones, sino que formula órdenes y prohibiciones referentes a ciertos comportamientos repetitivos del analizado durante la cura y fuera de ella, cuando éstos procuran al sujeto satisfacciones tales que impiden la rememoración y el progreso en la cura.” Véase Laplanche y Pontalis, 1968:426.

⁴ Incluso en pacientes sumamente graves, psicóticos, se sostiene el balance entre empatía e interpretación. Más aún, el analista tiene que ampliar sus facultades de comprensión emocional para apoyar al equipo interdisciplinario (fundamental para la intervención con estos casos). Ana María Fabre comparte una serie de viñetas sobre pacientes psicóticos donde se observan ciertas condiciones elementales para el trabajo con estas patologías: a) Una actitud de profunda receptividad clínica, un ejercicio continente sólido y un consistente compromiso afectivo; b) Una línea interpretativa en la que se intenta mostrar las fantasías y deseos en el vínculo transferencial; c) La necesidad de un apoyo psicoterapéutico para la familia; d) La importancia del acompañamiento terapéutico.

Relata el caso de Clío, una paciente de 16 años con una *folie à deux*. La descripción realizada manifiesta la intensidad de la contratransferencia que la analista registra: “Impresionaba no solo por el grado de desestructuración que mostraba, sino por el olor que despedía. Éste denunciaba un intenso desaseo [...] situación que hacía más penosa mi propia contratransferencia”. La dificultad entre sostener una actitud empática y proteger el objetivo analítico se complica; frente a una actividad de masturbación compulsiva, sin pudor alguno, la analista se preocupa por “el problema de cómo interactuar con ella sin hacerla sentir rechazada ni convertirnos en *partenaires* de sus juegos eróticos”.

La interpretación no es dejada de lado: “al experimentar la aproximación de su cuerpo sobre el mío [...] interpreto que ella cree tener un pene y estármelo metiendo por atrás”. Asimismo, en una estrecha colaboración con la acompañante terapéutica, muestra cómo ésta prolonga —hasta cierto punto— las funciones analíticas: frente al terror a la regadera y al agua “su tutora (maestra Beatriz Olguín) [...] habrá de hacer acopio de toda su riqueza materna internalizada para ayudarla a vencer ese miedo” (1996:18-22).

⁵ Revisar el apartado Contratransferencia, en el capítulo “La escena analítica. El vínculo y el progreso emocional”.

⁶ Véase el apartado Voces y reflexiones, al final del capítulo “Clínica de los trastornos graves”.

⁷ Agustín Palacios subraya la diferencia que existe en los matices técnicos con pacientes neuróticos y aquellos que presentan patologías severas: “En los pacientes más dañados, en aquellos que quedaron detenidos en el desarrollo y que, en consecuencia, manifiestan en su comportamiento los ecos extemporáneos de las carencias y en los pacientes con severos daños estructurales [...], el nombrar tiene otro fin. Aquí se trata de darle sentido a lo innombrado, a lo desconocido, a lo ausente, no a lo reprimido” (1999:165).

⁸ Comunicación personal.

⁹ Caso presentado por la maestra Alejandra Reyes.

Campos estructurales

Los campos estructurales y la técnica¹

En el psicoanálisis contemporáneo, es posible diferenciar a los autores que consideran los trastornos en relación con fallas estructurales como entidades delimitadas y claramente definidas, de aquellos que sostienen que situaciones como las angustias y fantasías arcaicas o los mecanismos primitivos corresponden a regiones dinámicas dentro de la mente que pueden confluir con otras más desarrolladas. Acordes con la segunda perspectiva se sitúan los conceptos como el de *área psicótica de la personalidad*, de Bion (1963); la idea de Green de *lo fronterizo como una frontera móvil y fluctuante, tanto en la normalidad como en la afección grave* (Green, 1972:106); la comprensión de McDougall sobre psicósomática (1989); la noción de *distintos “niveles patológicos”*, de Killingmo (1986); el tema de las *barreras autistas en pacientes neuróticos*, de Tustin (1987), o el *paciente heterogéneo*, de Quinodoz (2001), entre otros.

El primer punto de vista aparece más apegado a un modelo médicopsiquiátrico, así como a la necesidad de construir sistemáticamente una nosología bien definida. Sin embargo, cuando el analista se encuentra en la intimidad del consultorio con su paciente, con frecuencia las clasificaciones diagnósticas obstruyen la flexibilidad emocional e intelectual que el analista requiere para transitar, junto con el paciente, por los distintos senderos del inconsciente. En el segundo punto de vista, predomina el interés por observar las fluctuaciones mentales; esta mirada exige del analista un contacto clínico atento para captar la modalidad emocional en la que su paciente se encuentra. Lejos de una técnica preestablecida con base en la psicopatología, se requiere —parafraseando a Betty Joseph (1985)— una técnica minuto a minuto, donde la intervención del analista depende del campo que en ese momento predomina en su paciente.

Las constelaciones estructurales de los pacientes son complejas: un mismo sujeto puede presentar en su carácter diferentes niveles mentales de ansiedades, mecanismos y fantasías. Uno de los retos es la discriminación clínica de los diferentes campos en los que fluctúa la personalidad.

Pienso que es posible distinguir tres campos básicos de funcionamiento mental, no sin agregar previamente que todo esquema mutila, pero resulta didáctico.²

El primer campo que describiré está conformado por el área neurótica y está relacionado con los conflictos edípicos del carácter. Los contenidos vinculados con este espacio son simbólicos; hay fantasías cuya estructura es consistente y que es posible expresar en términos verbales. Es el área que el psicoanálisis tradicional aborda por medio de la técnica clásica. El analista penetra en este nivel del material gracias a la asociación libre y se orienta a través de conceptos como la *represión*, la *formación de*

compromiso, las *defensas* y las *formaciones del inconsciente*, entre otros. La interpretación clásica es su herramienta fundamental y la sexualidad infantil ocupa un lugar primordial.

El segundo territorio corresponde a los conflictos preedípicos o edípicos tempranos, de tipo diádico, con objetos siempre parciales. En éste, las fantasías suelen expresarse en términos preverbales y paraverbales. El nivel de desarrollo simbólico es menos elaborado que en el edípico; sin embargo, es posible acceder a representaciones. Para aproximarse a este nivel, el analista utiliza su intuición y observa con detalle los aspectos que rodean al contenido del material; está alerta ante las actitudes, el tono de voz y los movimientos del paciente. Conceptos como *identificación proyectiva* —en términos de confusión con el objeto—, *escisión*, *ansiedades arcaicas y de separación* o *posición esquizoparanoide* son algunos de los ejes para aprehender dichos estratos.

Para intervenir en este campo, es central el proceso interpretativo de los contenidos, en combinación con la actitud intuitiva del analista. Para el paciente puede resultar amenazador hablar de elementos que están fuera del alcance de lo verbal e implican reconstruir experiencias tan precoces. El analista contiene las ansiedades, y mediante el trabajo interpretativo traduce lo no verbal del contenido psíquico en una categoría verbal.

En último lugar se encuentra el campo de las fallas estructurales, definido por la ausencia de simbolismo. Es el espacio de hueco o vacío donde no hay fantasía. Esta área también es arcaica y precoz, pero, a diferencia de la preedípica o edípica temprana, no hay contenidos psíquicos a traducir en términos verbales. La característica fundamental es la ausencia. La función analítica aquí se dirige a construir significados. Cuando este nivel predomina en el paciente, el trabajo con los otros campos se complica; el analista se da a la tarea fundamental de edificar representaciones. Las funciones mentales, la imaginación activa y la creatividad del analista son esenciales en este terreno para edificar una vida de fantasía. La actividad interpretativa se mantiene, pero cambia de matiz: la finalidad ya no es el desciframiento, sino la construcción de sentidos.³

La transferencia y contratransferencia son piezas clave en los tres campos estructurales; la intuición y la empatía son elementos necesarios tanto para acceder al contenido que se pone en evidencia, como para discriminar el nivel de la estructura.

Los pacientes funcionan predominantemente en un área determinada; sin embargo, el dinamismo de la personalidad muestra cómo se combinan y superponen los distintos niveles de funcionamiento. Una ansiedad de castración, por ejemplo, puede experimentarse como angustia de aniquilamiento por la emergencia de fantasías arcaicas. Sin embargo, esto no significa que el paciente carezca de conflictos donde aparezcan fantasías incestuosas o parricidas en una escena triangular.

El vínculo entre el nivel preedípico y la falla estructural es muy cercano. Para algunos autores, los aspectos arcaicos son presimbólicos y no tienen un estatuto de fantasía; en tal caso estos estratos pertenecerían a un mismo orden. La discriminación se encuentra en el lugar asignado a las fantasías tempranas. Si se considera que, a pesar de ser arcaicas y parciales, estas fantasías tienen un nivel de representación en el aparato psíquico, se hace necesario diferenciarlas de aquellos estratos donde gobierna el vacío

simbólico.⁴

Cuando hablamos de estas áreas en la estructura de la personalidad, nos referimos a una misma categoría epistemológica. Se suspende el problema en torno de la psicogénesis de cada campo y la atención se enfoca hacia la discriminación clínica. La propuesta en torno de los campos estructurales no persigue colocar las influencias ambientales sobre las intrapsíquicas ni viceversa. La finalidad estriba en poder distinguir los distintos estratos mentales mediante categorías conceptuales análogas. Equiparar la falla estructural, las representaciones arcaicas y la dimensión edípica nos permite situarnos en un mismo rango teórico: la estructura dinámica interna de un sujeto; esto posibilita desarrollar una complementariedad técnica.

He mencionado que, en el caso de un paciente con fallas estructurales predominantes, hay momentos en que es necesario suspender la interpretación clásica; en otros debe retomarse, pues lo contrario significaría privar al paciente de la oportunidad tanto de comprender mejor sus conflictos, como de ver que su analista encuentra sentidos y significados en lo que aparece como trivial o incomprensible. Ser testigo de esta actividad y experimentarla permite que el paciente se identifique con la función analítica. He aquí un ejemplo:

Se trata de una joven de 18 años, un poco pasada de peso, que acude a análisis debido a su desasosiego por los atracones de comida que frecuentemente la *asaltan*.

En el proceso del análisis, la paciente relata varias veces que a su padre le parecen atractivas las mujeres delgadas; se muestra particularmente atenta a las opiniones de él. En ciertos momentos manifiesta interés por bajar de peso, aunque en otros parece ser un tema que no le afecta e incluso se muestra conforme con su gordura. Paralelamente se observa la ambivalencia que le produce el contacto con los hombres. No ha tenido pareja y se siente nerviosa e insegura frente a chicos que la pretenden, aunque dice desear un idilio amoroso.

La analista vincula la dificultad que tiene en establecer una relación de pareja con fantasías edípicas hacia el padre. Al parecer, la paciente no ha podido desprenderse del vínculo erótico con el padre e ir en busca de nuevos objetos. En este sentido, ser *gordita*, tal como ella se describe, parece implicar quedarse en una etapa infantil y no convertirse en una mujer delgada que pueda despertar deseos y temores albergados hacia el padre y objetos que lo representan cercanamente.

Este campo del material de la paciente y de interpretación analítica correspondería a un estrato edípico: la paciente se siente en rivalidad con las mujeres que tienen un cuerpo esbelto; las critica y las admira. Observa el cuerpo de la analista y se compara con ella; se siente como una niña que mira envidiosa el cuerpo de la madre deseada por el padre.

Simultáneamente, la analista observa otro estrato que corresponde a elementos preedípicos:

A veces, poco tiempo antes de terminar la sesión, la paciente disminuye sus comunicaciones y comienza a chupetear la punta de sus dedos o morderse las uñas; otras lo hace al principio, particularmente en la primera sesión de la semana. Asimismo, suele llegar chupando un caramelo; antes de comenzar, lo saca de su boca, lo coloca en un papel sobre el diván, y al final lo toma nuevamente.

Este aspecto paraverbal se relaciona con las ansiedades de separación y con la fantasía de poseer un objeto oral concreto del cual no tenga que desprenderse y que la calme.

Mientras ella disponga de su objeto controlable, evita sentir la rabia e intolerancia de que la analista no funcione como su apéndice, como el dedo o el dulce. La paciente prefiere comer su caramelo a “nutrirse” de las interpretaciones. Depender solo de las palabras de la analista la enoja y frustra, porque es un objeto al que no puede controlar.

Al interpretar estos aspectos en el proceso analítico, la paciente trajo un nuevo material, una confesión sobre un pensamiento rutinario que la ocupa en el trayecto hacia el consultorio:

Explica que frecuentemente duda entre ir a comer una hamburguesa, tacos, o llegar a la sesión; de igual forma, al salir se le ocurre dirigirse hacia una tienda para comprar algo de comer.

Estas asociaciones permitieron ahondar de una manera más directa en su fantasía que oscilaba entre satisfacerse a sí misma, en una confusión pecho-heces, o recurrir a la “mamá-analista” para que la alimentara.

A pesar de que el elemento de gordura podía estar relacionado con aspectos histerofóbicos, así como con aspectos orales vinculados con las fantasías tempranas, no puede considerarse que los ataques bulímicos en sí mismos correspondan a alguna de estas áreas. En el momento de la crisis bulímica, parece no haber contenido alguno que sea traducible; la comida que elige —la cual puede ser muy variada— no corresponde a una representación psíquica particular. Las crisis son precedidas por momentos de ansiedad muy aguda donde la paciente no *piensa nada*, solo la *asalta* un *ansia por comer* que no puede controlar. Es una actividad impulsiva, automática, corporal y asimbólica en la cual la paciente describe que *pierde la razón*.

Este aspecto corresponde a una falla estructural, un hueco dentro de la estructura psíquica que, si bien se relaciona con las demás áreas de su carácter, tiene un registro independiente de la vida de fantasía. Interpretar el acto no es viable. Es un “algo” que aparece cubriendo el vacío y que no tiene un sustrato de contenido simbólico.

De manera similar a lo que ocurre con los trastornos psicosomáticos, el analista hace un trabajo alrededor del hueco con el fin de construir significaciones afectivas de las experiencias. Esta construcción de sentidos frecuentemente involucra interpretar; otras veces, frente a estados ansiógenos, las intervenciones se dirigen a reafirmar las experiencias, discriminar emociones o registrar estados mentales.

En la clínica, constantemente existe el riesgo de que, al estar casados con diagnósticos preestablecidos, nos olvidemos de los aspectos no predominantes en la estructura de un paciente. El peligro es que los análisis queden incompletos, que no reparemos, por ejemplo, en áreas melancólicas primitivas de pacientes con trastornos de carácter, que no tomemos como tema a explorar las enfermedades de un neurótico, o bien, que no reconozcamos la presencia de conflictos de tipo edípico en un trastorno fronterizo.

Conflicto y falla estructural, planos superpuestos

Pocos meses después de cumplir 57 años, Cristina decide acudir en busca de ayuda. Describe el último año como un tormento, una angustia opresora que la abate día y noche. El sueño es el único escape. Los pensamientos catastróficos invaden cualquier ámbito y los psicofármacos la calman durante periodos breves.

Su espacio vital se restringe a su habitación, en un franco cerco agorafóbico. Aun así, la ansiedad no cede. Su desaliento aumenta al verse imposibilitada para mantener un contacto placentero y enriquecedor con su familia y amigos.

Es una mujer brillante, especializada en ciencias exactas, pero la incapacidad la invade en estos estados emocionales; pierde funciones intelectuales elementales: se ve imposibilitada para hacer la lista del supermercado, realizar cuentas sencillas, arreglar su clóset y su habitación, resolver asuntos triviales en relación con el manejo del hogar.

En estos periodos la temática no solo gira en torno de la ambivalencia hacia sus objetos y su posesividad con ellos; también se centra en las intensas exigencias provenientes de áreas más narcisistas y omnipotentes de su personalidad.

Es interesante el contraste que Cristina establece entre los largos periodos de solidez y desarrollo de su vida, y lo que últimamente le acontece.

La paciente evoca el periodo de adolescencia como punto inicial de las crisis; en aquel momento los malestares se manifestaban de forma diferente, pero guardaban mucha relación emocional con lo que experimenta en la actualidad. Sin embargo, tiene claro que durante etapas importantes se vio libre de este tipo de situaciones.

Transcurridos un par de meses de análisis, Cristina cuenta el siguiente sueño: *Tenía mi cerebro en mis manos; mi cerebro tenía como una cáscara dura, una como corteza rígida y desagradable; era fea y tenía que quitarla, que desprenderla. Cuando la acababa de quitar encontraba en el interior como una especie de queso en rebanadas, todo estaba hecho rebanadas y pedazos. Los tenía que agarrar con las manos porque se podían desparramar. Tomaba los pedazos rebanados y buscaba a un amigo de la carrera que era de los más inteligentes de la generación; lo trataba de encontrar porque pensaba que él me podía componer el cerebro.*

Sus asociaciones hacían referencia al lugar privilegiado que ella siempre ocupó cuando era una estudiante, a los cuadros de honor en los que constantemente aparecía y a un apodo con el que tanto familiares como amigos se referían a ella y que denotaba su capacidad intelectual como uno de los aspectos más importantes de su identidad. Se advertía una tendencia por ser percibida y vivirse como alguien que exhibe un saber certero.

El sueño develó un dilema que se instauró desde el inicio del tratamiento: qué tan capaz sería de poner en mis manos aquel cerebro rebanado y confiar en que yo pudiera ayudarla, lo cual parecía ser posible a condición de atribuirme capacidades idealizadas; o bien, decidirse por sus propios recursos, sostenidos por sus facultades intelectuales, y ser ella misma quien arreglara el cerebro.

A medida que transcurría el tratamiento, las crisis de angustia se hicieron más esporádicas y cortas en duración. Sin embargo, las recaídas la invadían de una enorme ira tanto contra sí misma como contra mí: ambas aparecíamos como torpes e incapaces para detener estas situaciones que tanto detestaba. Los ataques de ansiedad estaban vinculados con varios elementos:

- Una posesividad común en pacientes fóbicos. Constantemente manifestaba la necesidad de ser atendida por el marido, hijas, hermanas y amigas; el medio circundante se experimentaba como amenazante, producto de la proyección de una hostilidad concomitante al control de las relaciones.
- La irrupción de representaciones e imágenes violentas referidas tanto a sus seres queridos como a sí misma. Este aspecto recuerda los pensamientos involuntarios y hostiles que los pacientes obsesivos suelen experimentar como algo que los embiste

desde fuera. Asimismo, Cristina también desplegaba las intensas formaciones reactivas que se suelen presentar en contra de estas vivencias: mostraba un tono de voz infantil, controlado y benigno, que contrastaba enormemente con los contenidos de su mente.

- Una identificación con su madre, quien solía caer en estados semejantes. Cristina reconstruyó fragmentos de su historia infantil que la llevan a suponer que su madre sufría dolencias similares a las suyas.
- Un ingrediente que agravaba lo anterior era su demanda exigente, tanto hacia sí misma como hacia los otros, de mantener un funcionamiento perfeccionista, exitoso y estricto en todos los ámbitos de la vida. Una marcada mirada crítica pendía constantemente amenazando con desatar nuevamente la angustia.
- Los elementos más arcaicos, que seguramente afectaban y determinaban su desorganización, no fueron esclarecidos debido a la precoz interrupción del tratamiento. Sin embargo, es de suponer que los núcleos más precarios de su personalidad ejercían una fuerza tal que la estructuración caracterológica más estable quedaba demolida.

En este caso, el nivel de ansiedad manifestado en las crisis, el grado de desajuste y el deterioro al que Cristina llegaba superan lo comprendido sobre las manifestaciones neuróticas. Muchos autores diagnosticarían un trastorno limítrofe. Sin embargo, más allá de intentar ubicarla en una nosología predeterminada, deseo señalar el juego de elementos tanto neuróticos como deficitarios reforzados y potenciados entre sí. El sueño traza figurativamente su sensación al encontrarse en un remolino caótico de ansiedad. Se manifiesta la necesidad de una función de rearmado, de reconstrucción que reúna y reintegre lo rebanado. Sin embargo, el conflicto de rivalidad, competencia y narcisismo se anuncia como el principal enemigo del proceso psicoterapéutico que se sostiene en la dependencia. Después de la primera interrupción por vacaciones, Cristina faltó una semana. Cuando se le llamó para ver qué había sucedido, transmitió su decisión de abandonar el tratamiento y entrar en otro tipo de terapia, pues el psicoanálisis le parecía interesante pero necesitaba algo más práctico y funcional.

La salida hacia una reparación maniaca, con los tintes devaluatorios y omnipotentes que ésta presenta, forma parte de la configuración narcisista de un aspecto de su personalidad. Los elementos conflictivos neuróticos se entremezclan y sostienen aspectos deficitarios. La paciente queda empobrecida e incapacitada para construir un objeto-continente de ansiedades devastadoras debido, en parte, a los ataques competitivos hacia éste. Celos, autoexigencia, rivalidad y control se desarrollan dentro de una dinámica que se encadena con la emergencia de emociones más arcaicas y persecutorias.

La separación del concepto de *conflicto* del de *déficit estructural* es útil para discriminar el trabajo sobre las representaciones y la represión de la intervención sobre las fallas del pensamiento. Esta discriminación de áreas conlleva un manejo técnico diferenciado y fino; en la intervención clínica hay variaciones para abordar ambos estratos. Durante los momentos en que Cristina llegaba inundada de ansiedad a la sesión y hablaba de fantasías que la abrumaban y perseguían, quedaba en pausa la

interpretación de los contenidos profundos que provocan las fantasías. Si la paciente, con gran angustia y voz entrecortada, me explicaba el miedo intenso que tenía de que a su hija le pasara algo grave durante un viaje con su novio, los señalamientos acerca de sus deseos hostiles, envidiosos y posesivos aguardaban hasta que ella fuera capaz de aguantarlos dentro de sí. Un cerebro rebanado no está en condiciones de tramitar y hacerse cargo de aquello que ha sido fuertemente escindido y proyectado. Los procesos simbólicos quedan debilitados y la cohesión mental se empobrece, impidiendo que los contenidos interpretativos sean enriquecedores en dicha situación.

Sin embargo, era imprescindible que ella tuviera noticia de los deseos que la habitaban. Había una imperiosa necesidad de tomar contacto con las motivaciones oscuras que constituían el motor de su angustia. El trabajo analítico se convertía así más en un arte que en una técnica. *¿En qué momento interpretar? ¿A qué aspectos referirse? ¿Qué piezas del rompecabezas armar primero y cuáles dejar pendientes, sabiendo que su espacio está ahí y las demandas?* son preguntas que apuntan a la intuición analítica y no al conocimiento de una metodología preestablecida.

Nociones como el *proceso de contención*, de Bion; el *sostenimiento*, de Winnicott; la *interpretación imaginativa*, de Meltzer; el *proceso terciario*, de Green; la *interpretación reconstructiva empática*, de Orenstein (1980, véase Killingmo, 1986); la *explicación empática* propuesta por Tahka (1984, véase Killingmo, 1986), y la *intervención afirmativa*, de Killingmo (1986), apuntan a establecer conexiones y puentes emocionales y simbólicos. La diferencia central oscila entre revelar el significado o establecerlo, y el riesgo es dejar fuera de la operación psicoanalítica alguno de los dos planos, ya sea el del conflicto o el del déficit.

El término *conflicto* alude a la teoría tradicional freudiana, mientras que el de *déficit* mantiene referencia con las fallas en la organización del aparato mental. No hay déficit que no implique conflicto y el conflicto determina un déficit: el engranaje es dinámico; así, la clínica muestra cómo la histérica es pueril y el obsesivo termina debilitado en su funcionamiento mental.

Del cuerpo a la palabra. Una semblanza

Los distintos campos estructurales en el paciente demandan al analista un refinamiento clínico y técnico para detectarlos, discriminarlos e intervenir sobre ellos. La estructura de la personalidad no es una expresión pura de uno solo de estos campos, sino un entramado en el que, si bien uno de ellos predomina —con sus características y modos de funcionamiento específicos—, los otros persisten y mantienen una relación en la cual se influyen entre sí.

Carolina llegó al tratamiento antes de cumplir los 50 años de edad. Sufrió depresiones recurrentes que la llegaban a incapacitar y postrar en cama. Al inicio, los sentimientos de abatimiento, desánimo, vacío y tristeza, así como preocupaciones hipocondríacas y una “angustia insoportable” la abrumaban; todo ello la llevaba a desear terminar con su vida. Paralelamente, Carolina experimentaba estados de despersonalización tales como no reconocerse en un espejo o tener que utilizar la misma ropa por sentir que dejaba de ser ella si cambiaba de vestimenta. A la muerte de un familiar, padeció durante un largo periodo la sensación de

presencia del espíritu del muerto acompañándola, lo cual la aterraba y la hacía pensar que enloquecería. Al recordar su infancia, refería que desde niña se deprimía, manifestaba haber experimentado un apego extremo por su madre y un sentimiento de nostalgia permanente al separarse de ella. A pesar de esta crítica situación, Carolina pudo conformar una familia y mantener un trabajo donde desplegaba actividades creativas y eficientes.

El tratamiento de Carolina se ha desarrollado a razón de cuatro veces por semana. Consideré esencial un encuadre frecuente y sólido para contener las intensas ansiedades que la avasallaban. Los primeros dos años de análisis se centraron primordialmente en la necesidad que ella tenía por saberme y sentirme un objeto presente, predecible, confiable y resistente. Situaciones como hablar de la erotización que se desarrollaba en la transferencia la hacían pensar que yo la echaría del tratamiento. La sensación de fragilidad en el vínculo estaba a flor de piel; su necesidad desesperada por el análisis era proporcional a las innumerables amenazas fantaseadas de perderlo. La vulnerabilidad permanente se expresaba tanto en fantasías primitivas como en vivencias protosimbólicas.

Durante las primeras semanas de tratamiento, Carolina acudía a sesión con una botella de agua, constantemente tocaba la botella, la sujetaba, la acariciaba y esporádicamente bebía traguitos. Mencionaba tener una resequedad aguda en la garganta debida a los antidepresivos y una hipomotilidad esofágica.

Si bien es sumamente factible que los antidepresivos le provocaran este síntoma físico, no dejaba de llamarme la atención la forma en que manipulaba su botella: quedaba claro que, más allá de la necesidad orgánica de beber, se desplegaban contenidos preverbales que aparecían a manera de acciones. Ésta es una de las características del campo de lo diádico-arcaico: la presencia de representaciones no verbales que no han accedido a un nivel simbólico más elaborado. Para aproximarse a esta área, el analista utiliza su intuición y observa con detalle los aspectos que rodean el contenido del material.

El primer sueño que trajo al análisis parece ser una expresión plástica de lo que representaba en su conducta con la botella:

Hay un bebé en una cuna de plástico tipo incubadora, tiene una especie de termómetro que indica si está bien o no. Hay una sombra; cuando ésta se acerca el termómetro muestra que el bebé está mejor; como si subiera la temperatura. Hay un tubito, como el de las sondas que se usan para el suero, por donde pasa una sustancia blanca que se derrama en el suelo.

Éste es un sueño de un nivel diádico; la necesidad por el objeto es evidente. El termómetro que aumenta de temperatura es la expresión del deseo de cercanía que se traduce en bienestar y también es un anuncio de la erotización en la transferencia que más tarde se desplegó. Se puede observar desde este sueño cómo esta erotización cumple, entre otras cosas, la función de preservar el contacto con el objeto y defenderse así del dolor por la separación. El contexto del sueño es estéril y frío, el bebé no está acunado ni es amamantado en brazos, sino que se encuentra en una *cuna de plástico tipo incubadora*. Queda en duda qué tanto recibirá buenos cuidados porque la leche se está derramando; y aun si los recibiera, es a manera de una distante atención hospitalaria. Así siente en ese momento el tratamiento: el analista es un objeto desconocido y del que

se desconfía. ¿Qué tanto se cuenta con esa *sombra* que viene y va? Y la sustancia blanca, ese *tubito* que paradójicamente derrama la leche cuando el bebé-paciente tiene hambre-necesidad del analista.

En el sueño hay elementos primitivos que se pueden visualizar: la oralidad, la angustia de separación diádica o el todavía indiferenciado objeto pecho-pene (el *tubito* del que sale la leche). También hay un nivel de representación simbólica que permite construir el sueño.

En el cuarto mes de análisis, en la última sesión de la semana, Carolina cuenta el siguiente sueño:

Estoy en mi casa, hay dos perritas, están embarradas de caca, muy sucias. Se me había olvidado que estaban ahí. Se iban a la sala, pero es la sala de la casa de mis papás. Una perrita se hace pipí en la sala. Cuando yo trato de limpiarlas, las manos me quedan todas embarradas a mí también.

La paciente muestra cómo su mente queda invadida por excrementos cuando se avecina la separación; se puede pensar en una violencia anal y uretral porque el objeto se va, un enojo contra aquel que se olvida de ella, como son olvidadas las perritas del sueño y la hace “cagarse de coraje”. La orina en la sala de los padres es también el deseo de ensuciar al objeto: el interior del objeto queda inmundo y maloliente, la capacidad de acoger confortablemente a otros en esta sala-objeto queda atacada. Es posible, también, que el sueño condense la fantasía de una masturbación anal a través de la cual la paciente se mete en el ano de la analista para no dejarla.

Es aquí donde resulta central tener en cuenta que la predominancia de cada campo estructural requiere tacto técnico y que la interpretación es estrategia y arte. Los contenidos que aparecen en el sueño son producto de una identificación proyectiva que el paciente hace sobre el analista. Si el analista regresa prematuramente en la interpretación aquello que el paciente necesita expulsar, rompe la función continente que el paciente tanto necesita. Particularmente, frente a este campo estructural, es tan importante el “qué” al igual que el “cómo” interpretar. El contenido de la interpretación es importante, pero también lo es la manera en que es transmitido emocionalmente. Elegí describirle su estado mental, mostrarle el sentimiento de abandono, la convicción de que yo me olvidaba de ella el fin de semana, como ella de las perritas en el sueño; que ella se sentía con una gran necesidad de ser limpiada y atendida y que eso se agudizaba cuando sentía que yo no estaría ahí para hacerme cargo de toda su caca. Suspendí por un momento el contenido del sueño referido al ataque e invasión fecal y a la intrusión anal en el objeto.

Por supuesto que hablarle de la rabia que la separación le produce y de las fantasías que genera es algo necesario; no hacerlo sería privarla de comprender cuál es la dinámica interna que la lleva a sentir y actuar como lo hace, pero vale la pena preguntarse cuándo y cómo conviene hacerlo. A veces en una misma sesión, gracias a las interpretaciones y al vínculo, el paciente cambia su estado mental y es posible explicarle sus aspectos más hostiles, en este caso, hacerle ver que el batidillo de caca que aparece en el sueño es producto del enojo y no solo de su necesidad de atención. En este momento del análisis, en el que Carolina me necesitaba y amaba, le parecía impensable y terrible albergar deseos violentos contra mí.

Un par de años más tarde, Carolina trajo una serie de sueños a lo largo de la semana previa a una interrupción por vacaciones. En esta sucesión de sueños se puede observar cómo transita del campo de la falla estructural a lo diádico y, más tarde, despliega elementos edípicos.

El primer día de esta semana Carolina comenta que nuevamente tuvo migraña; es común que los sábados o domingos y ocasionalmente a mediados de semana sufra de migrañas. Hablamos de la dificultad de la aproximación de las vacaciones, de sus temores de padecer malestares físicos y recuerda interrupciones anteriores que le han resultado muy dolorosas.

Al siguiente día relata un sueño: *Soñé con la mancha negra, pensé que es el vampiro que ya he soñado a veces pero no, era el Dibuk, que es como el diablo. Estaba mi mamá y me decía que no dijera su nombre, que no lo nombrara; es como un demonio o monstruo que se mete en el cuerpo de otro. Había una película de eso, sobre un exorcismo. En el sueño si decías su nombre se podía meter en el cuerpo.*

Asocia que en la religión judía existe la creencia de que después de enterrar a alguien, conviene no ir los siguientes días al panteón porque el alma puede desear quedarse en la Tierra al ver a un ser amado y meterse en alguna persona.

En este primer movimiento aparece un pasaje de la falla estructural a fantasías arcaicas. La migraña recurrente corresponde al campo del déficit simbólico. Como bien explican los estudiosos de la psicosomática, muchas veces la enfermedad es producto de una falla de la función simbólica. La sobrecarga de afecto no se enlaza con una representación y se sitúa en un registro independiente de la vida de fantasía. Interpretar el síntoma no es viable: no se puede tomar la migraña como metonimia de una representación reprimida porque dicho contenido reprimido no existe.

El dolor de cabeza de Carolina, en este momento específico, me parece que está ligado al impacto que le produce la interrupción por vacaciones. Técnicamente, no intento hacer un desciframiento simbólico de la migraña, sino hablar de las emociones que puede haber experimentado el fin de semana, de sus ansiedades y temores. Juntas, intentamos construir imágenes y poner en palabras lo que siente. El sueño del día siguiente corresponde a una modalidad de funcionamiento mental distinto. Frente a la misma angustia de separación, la paciente despliega representaciones y deseos, que si bien son arcaicos y tienen una motivación expulsiva, presentan un grado simbólico mayor. La migraña no se presenta de nuevo en el resto de la semana, en gran medida porque se fortalecen otros campos estructurales de la personalidad.

El sueño del *Dibuk* está referido a un deseo posesivo-fusional primitivo. Se condensa la oralidad, expresada en el vampiro, con la fusión y el apoderamiento intrusivo del objeto. La separación la vive como una muerte, en parte por la rabia que le produce la ausencia del objeto, pero también porque ella sin el objeto queda desvitalizada. Me llama la atención que el tema de “nombrar” aparezca, cuando nos damos juntas a esa tarea. Plásticamente se expresa el temor a nombrar como si se tratara de una invocación: invocar aquellos demonios que habitan dentro y que a veces no se quisieran nombrar. El tratamiento parece representar la doble acción de invocar y exorcizar. Es un sueño rico en contenido arcaico, diádico. Mi principal interés en aquella sesión apuntó a describirle el temor de quedarse sin el exorcismo terapéutico frente a los demonios que la ausencia genera, la temida desvitalización y el deseo de meterse en mí para no separarse. Como

dato curioso, al regreso de vacaciones, Carolina me cuenta haber encontrado en internet fragmentos de la película y menciona que la palabra *Dibuk* viene del hebreo *Dabek*, que significa “adhesión”.

Dos días después de la sesión relatada, en el tercer encuentro de la semana, Carolina narra el siguiente sueño:

Entro a un lugar parecido al consultorio y había una mujer, no eras tú exactamente pero como que yo sabía que sí eras. Te dolía la espalda y yo te decía que te hacía un masaje, que te sobaba la espalda. Tú me decías que no me mandara [expresión utilizada en sentido de propasarse sexualmente], yo te juraba que no, que no iba a ser mandada y me aguantaba sólo darte el masaje. También había otras mujeres.

Este sueño continúa la temática del anterior. Sin embargo, las ansiedades paranoides disminuyen significativamente. Ahora, el apego al objeto se manifiesta, como suele suceder con frecuencia en Carolina, a través de un deseo homosexual. Evidentemente, el recurso de la negación está al servicio de encubrir lo que en el fondo se desearía. El dolor de espalda de la analista me parece un elemento medular. A pesar del deseo ferviente de Carolina por pegarse, ya sea diabólica u homosexualmente a mí, reconoce un cansancio, un peso, la necesidad de un masaje-vacaciones para su analista. No me parece que lo adolorido solo sea un deseo de daño-enojo por la ausencia. Pienso que aquí se condensan tanto el querer apropiarse del objeto, como el reconocimiento de éste. Es un aspecto en que se acerca a la preocupación depresiva. Continúa expresándose el campo estructural preedípico, pero comienza a verse al objeto como alguien con necesidades y más diferenciado. Me parece central, especialmente en el trabajo de pacientes graves como Carolina, que las pequeñas expresiones de progreso sean señaladas e interpretadas.

Finalmente, la última sesión de la semana, Carolina cuenta que soñó lo siguiente:

Creo que ya eran las vacaciones pero no estoy segura. Llegaba aquí y me abría la puerta un señor. Estaba alguien sentado en tu sillón, pensaba que debías ser tú; no podía ver bien aunque me asomaba. No me lo decía (el señor) pero yo sabía que ahorita no podía entrar. El señor me dejaba una botellita de agua en la barda.

Dice que está segura de que el señor se quedaba con la mayor cantidad de agua; riendo dice: “Con el garrafón”.

Lo más llamativo de este sueño es la aparición de un tercero, masculino, que ya reproduce una vivencia edípica. Ciertamente es que el hombre está representando un rol femenino vinculado a la alimentación, dar la botellita de agua, pero también ejerce una función de corte-separación entre ella y yo. Los celos están presentes así como el deseo de meterse con la mirada, la curiosidad de ver lo que sucede dentro de aquel espacio; todos estos elementos, nuevamente edípicos. La presencia del hombre la podemos pensar como la autoridad interna, que se vigorizó en esta semana de trabajo, que le exige y permite dejar a la analista-mamá un rato. Ella no queda totalmente desnutrida, aunque la botellita parece pequeña —percepción que tiene de acuerdo con su gran voracidad— ella queda con algo.

Es un sueño que condensa los campos estructurales preedípicos y edípicos. Las interpretaciones, por lo tanto, deberán intentar cubrir, en la medida de lo posible, ambos aspectos. Pienso que frente a estos materiales vale la pena intervenir sobre las

necesidades diádicas de ser alimentada y la angustia de quedar sin algo tan indispensable como el agua-presencia nutricia de la madre-analista. Pero también conviene no quedarse solo en eso. Cuando el paciente comprende este nivel, vale la pena continuar mostrando cómo es que hay otros elementos que hablan de esta posibilidad de distancia, de una capacidad de separarse, aunque ésta se vea acompañada de celos, exclusión y curiosidad. Son momentos donde el analista transita por el campo neurótico, por el aspecto neurótico que aparece también en el paciente grave. En esta sesión, Carolina está comprendiendo claramente lo hablado; su confusión ha disminuido, está perceptiva, tanto que cuando relata el sueño ella misma bromea con el material hablando del garrafón que ella no tendrá en vacaciones. Es un momento en que la paciente hace un contacto significativo con su mundo interno.

En el trabajo analítico de un paciente predominantemente no neurótico o grave, como Carolina, la fluctuación por distintos campos estructurales suele hacerse más evidente que cuando se trabaja con una neurosis o un trastorno de carácter.

Las cualidades emocionales del analista son siempre importantes y, más aún, indispensables frente al campo de lo protomental y lo primitivo. Cuando lo diádico prevalece, es frecuente que las palabras sean tomadas como enlace sensorial, como una forma de contacto. Las interpretaciones en esta situación muchas veces se dirigen al estado mental del paciente y a la forma de utilizar el lenguaje. Sin embargo, esto no implica desechar los contenidos, ya que interpretar las ansiedades arcaicas ayuda al paciente en el proceso de diferenciación, le da un enunciado de mayor nivel simbólico a situaciones que parecen insólitas y confusas. El “qué” de la interpretación es tan elemental como el “cómo” —como mencioné anteriormente—, así como el “cuándo”. El trabajo interpretativo comprende funciones tanto constructivas como reveladoras: una, construye sentidos y significaciones, mientras que la otra, desentraña los que ya existen. El componente emocional y el *insight* trabajan juntos y se necesitan el uno al otro.

La sexualidad en los trastornos graves de la personalidad

Uno de los puntos controvertidos del psicoanálisis en la actualidad es el lugar que se le otorga a la sexualidad y, particularmente, la manera en que se presenta en los trastornos en los cuales predomina una estructura simbólica deficitaria.

Sexualidad, sexualización y déficit

Arnold Goldberg (1993) reconsidera el papel de la sexualidad en los trastornos en los que predomina un déficit estructural. Técnicamente, la meta con estos pacientes no es la sublimación o la neutralización, ya que estos procesos solo pueden tener lugar dentro de un *self* adecuadamente constituido. El objetivo entonces es la *estructuralización*, término que Goldberg propone como el camino fundamental de trabajo analítico. La desexualización en casos de déficit estructural significa un paso adelante que demuestra la cohesión y la solidez del *self*, así como la posibilidad de experimentar nuevas vivencias emocionales.

El material de una paciente ofrece un ejemplo de esta perspectiva:

Relata actividades sexuales promiscuas compulsivas. Sus parejas son tanto heterosexuales como homosexuales; gente desconocida con la que frecuentemente no tiene más contacto. Refiere con mucha angustia un sueño repetitivo: *su cuerpo está agujereado*. En ocasiones simplemente ve su piel llena de huecos; en otros momentos, observa con terror cómo sus vísceras y órganos se desparraman por los boquetes de su carne. Al despertar, frecuentemente tiene la necesidad de tocarse para comprobar que no fue más que un sueño.

Es probable que desde una teoría como la que propone Goldberg se pueda entender la actividad promiscua de la paciente como un intento vertiginoso por sentir un contacto corporal que calme momentáneamente sus ansiedades de vacío y desintegración. El funcionamiento de la joven no correspondería a la sexualidad propiamente dicha, sino a la sexualización como una actividad defensiva o como un intento por integrar un *self* fragmentado.

Quisiera agregar una observación al respecto. Es distinto el proceso defensivo, comprendido freudianamente como la puesta en marcha de mecanismos que tienden a resolver un conflicto, de la actividad defensiva que surge frente a la desestructuración de la personalidad. En el primer caso, los mecanismos defensivos se construyen gracias a un alto grado de desarrollo simbólico, por ejemplo, el desplazamiento en la fobia implica claramente la sustitución figurada y alegórica de un representante por otro. En el segundo, la defensa presenta un sentido y significados pobres: se trata de conductas o acciones concretas, frecuentemente repetitivas y estereotipadas que compensan y cubren una carencia. Llamamos *defensas* a ambas nociones tal vez por la falta de un término más adecuado que refleje el matiz de discriminación conceptual, pero es importante no perder de vista la distinción.

André Green (1997) piensa que la sexualidad es un tema relegado y secundario en el análisis contemporáneo. Una de las razones que lo confinan es el creciente interés en las patologías que presentan estructuras no neuróticas. Los estudios sobre trastornos graves se dirigen a explorar el yo y se apartan de la noción tradicional de sexualidad. En la neurosis, la sexualidad tiene un lugar central. En estructuras fronterizas, el *complejo de castración* y el *Edipo*, conceptos sexuales básicos, dejan de ser el eje de referencia en el análisis.

En trastornos graves, los conflictos de estructuración del yo son el primer plano observable para el analista. La sexualidad no se revela claramente como en las neurosis. Sin embargo, la sexualidad y el yo se remiten el uno al otro de manera complementaria. Por ejemplo, la angustia de castración y la angustia de penetración en la neurosis encuentran su paralelo en la angustia de separación y la angustia de intrusión que aparecen como fenómenos ligados al yo.

En desórdenes fronterizos, la sexualidad suele enmascarar una patología del yo, por lo cual adquiere un carácter defensivo. Tal es el caso de la paciente que sueña con su cuerpo agujereado y que mantiene relaciones habituales con múltiples parejas esporádicas. La erotización aquí parece ser un intento del yo que, por medio de una actividad implacable, se niega a sufrir pasivamente la emergencia de antiguos traumas.

También es frecuente encontrar expresiones distintas, donde hay una ausencia básica de manifestaciones alrededor de la sexualidad.

La aparente ausencia de sexualidad en el material de los fronterizos lleva a que ciertos autores propongan la resolución de problemas estructurales para que la sexualidad surja como tal, posteriormente. Esta postura se origina en la confusión entre sexual y genital, y se sitúa en franca antítesis a la idea freudiana, según la cual la sexualidad se halla en el individuo desde el principio de la vida. Lo arcaico no significa asexual; la sexualidad, en estos casos, se entrelaza a los productos de un ello-yo mal diferenciados.

Green aporta ejemplos que intentan mostrar cómo las fallas en la estructura no suprimen los problemas propiamente sexuales:

mecanismos de identificación primaria con el objeto durante la masturbación, en forma de crisis de travestismo transitorio que testimonian un vínculo muy intenso con el objeto primario. Y se trata entonces, más que de una sexualidad orientada al placer, de una necesidad imperiosa, incoercible de dominación del objeto [...] (*Ibid.*:180).

La pregenitalidad recubre el erotismo fantaseado que se encuentra en el fondo del psiquismo. Las fijaciones arcaicas, las disfunciones del yo y demás manifestaciones no eróticas se sitúan alrededor de una fantasía genital idealizada. El fronterizo es incapaz de aceptar la alteridad y manifiesta una susceptibilidad extrema a la pérdida del objeto, lo que implica una herida narcisista. Es sensible a la menor variación de la distancia del objeto e intolerante al descubrir que éste no es lo que imaginó (*Ibid.*: 178-183).

La estructuración del yo está ligada al vínculo con los objetos, y estas relaciones están inscritas en lo sexual. El grado de diferenciación, de tolerancia a la separación, de amenazas de intrusión, de control omnipotente, y otras manifestaciones de no discriminación con el objeto, permanecen adscritas a un orden sexual.

María Isabel Rodríguez realizó un estudio en el cual sostiene que las estructuras fronterizas no excluyen los conflictos edípicos, aunque estos últimos se manifiesten en expresiones diferentes a las de los pacientes neuróticos. Señala:

Para las organizaciones yoicas y objetales débilmente diferenciadas, la separación psíquica será siempre una amenaza y las tempranas ansiedades de castración serán equiparables a la aniquilación; la defensa unificatoria, más que una solución es escalada al pánico porque regresa a la madre fálica [...]. El antídoto a la proclividad fusional es papá [...] la presencia física y psíquica del padre es indispensable para acceder a nivel simbólico. [Es un] Mundo de representaciones mentales que acaece en un triángulo [...] esa triangulación que organiza la medular imagen del *self* como entidad separada pero en vehemente anhelo de la madre (Rodríguez, trabajo inédito).

A través de un caso clínico ejemplifica cómo los avatares edípicos, enmarcados en una patología fronteriza, agravan el estado del paciente y lo desorganizan.

A continuación ilustraré con un par de viñetas esta modalidad de comprensión, en la que las fallas en la estructura del yo y las relaciones objetales deficientes no excluyen la sexualidad.

La coraza y sus posibles significados

Luis es un niño de siete años de edad. Su material es presentado por un colega que me refiere su experiencia en la valoración y entrevistas previas al análisis.⁵

La madre decidió consultar al terapeuta ya que, de acuerdo con las maestras, era necesario que Luis acudiera a una terapia emocional porque presentaba problemas de lenguaje, aprendizaje y socialización. Debido a su dificultad para comunicarse oralmente, el niño fue evaluado anteriormente en varios institutos. Los estudios realizados sugerían un trastorno psicológico de base. Según los reportes escolares, Luis no suele participar en los juegos y, cuando lo hace, su actividad consiste básicamente en imitar a otros. Muy pocas veces sus intercambios con niños y adultos son espontáneos. Es un niño aislado, taciturno y retraído. Su madre relató un episodio en el que Luis se cortó un dedo ligeramente y sufrió una angustia extrema. Los temas de la sangre y las heridas le resultan impactantes. Tiene el hábito de usar camisetas o disfraces de personajes y héroes televisivos. Durante las entrevistas se mostró cohibido, silencioso y atemorizado. Estableció contacto visual con el terapeuta y aceptó dibujar. En entrevistas y sesiones subsiguientes, el analista formuló algunas preguntas directas y otras acerca del contenido de los dibujos de Luis; al responder, el niño empleó frases breves que pronunció en voz muy baja, asentía o negaba con la cabeza. No habló de manera espontánea y contestó con lentitud o dificultad a las preguntas abiertas.

Los trazos del primer dibujo que realizó durante las entrevistas [dibujo A1] inician desde la parte inferior de la hoja hacia arriba. Los primeros elementos bosquejados mostraron una dificultad para integrar una figura. Aparecieron componentes fálicos aislados y surgió el tema de un espacio que contiene otros elementos. Posteriormente dibujó, en la parte superior derecha de la hoja, un círculo que contenía una figura humana integrada, y después varias de ellas, rodeadas de diferentes “campos” que las circunscribían. En el segundo dibujo [A2] se repitió el tema del espacio que confina y el perímetro que sirve de límite para una figura humana ¿con transparencias o músculos?, pechos, ojos ¿agresivos o paranoides? El pelo erizado y borrado parcialmente para ser envuelto por una periferia que delimita y un cuerpo lacerado. El tercer boceto [dibujo A3] fue similar al segundo y lo sintetizó, ya que reunió en una sola figura el cuerpo y la circunferencia que antes había dibujado por separado. Eran bocetos que se distinguían por su fuerza y concentración. Luis solía perfilar una parte, borrarla y trazarla otra vez con sutiles diferencias. Los pocos datos que el paciente aportó sobre sus dibujos se referían a personajes de las caricaturas infantiles como *Dragon Ball Z*. Los contornos se relacionaron con “las fuerzas poderosas” que acompañaban al personaje en sus batallas.

Las figuras de la historia de Luis sugieren varias ideas: las posibilidades de comprender el material son vastas. Los dibujos pueden interpretarse como el reflejo de ansiedades muy intensas, de fragmentación, de “huecos” puestos en lo somático, de desmembramiento y desgarramiento. La posibilidad de integrar alguna figura se logra mediante los campos poderosos que dibuja alrededor, que invitan a considerar la representación de una retracción narcisista o esquizoide (McDougall, 1989).

A manera de lluvia de ideas, surgen distintos referentes teóricos: la fantasía de estar contenido en un área mágica como vía para sentirse unificado (Bion, 1965); ansiedades paranoides frente a la violencia proyectada en el mundo que lo rodea y del cual después tiene que protegerse (Klein, 1935); la piel como continente (Bick, 1968) relacionado con el dibujo A2, la “segunda piel”; el falso *self* (Winnicott, 1960) expresado en las construcciones de identidad poderosa; la idea del *cascarón protector*, de Tustin (Tustin, 1990); o la hipótesis de que Luis desea usar el espacio psicoanalítico y al analista a la manera de un continente para sus ansiedades primitivas, de acuerdo con la propuesta de Aberastury (1977) sobre las expectativas de mejoría y tratamiento en la primera entrevista.

Los presupuestos anteriores consideran los niveles preedípicos del material. Otras perspectivas incluirían elementos edípicos. Se puede suponer que Luis está atrapado en

la grandiosidad y la masturbación. El mundo real le resulta aburrido por la eclosión masturbatoria megalomaniaca. Con base en la idea del *Claustrum*, tal vez Meltzer (1994) pensaría que el niño se identificó con un objeto interno que capturó su *self* y, en consecuencia, está eróticamente encerrado en el claustro masturbatorio.

La apropiación de una identidad parte de una identificación proyectiva en un objeto idealizado interno. Las características del objeto son particularmente fálicas; el poder y la fuerza son centrales. También, quizá, podría pensarse en la omnisciencia que lo hace apartarse devaluatoriamente del resto del mundo. Luis se posesiona de este lugar identificatorio, tal vez por el triunfo edípico que representa estar colocado ahí; o, probablemente, viva su identidad de manera fragmentada y fracturada, y necesite de construcciones omnipotentes para sentirse cohesionado.

Ambas hipótesis son especulativas, pero es posible que no sean excluyentes. La vivencia edípica puede tomar formas compensatorias maniacas y ser el parapeto frente a ansiedades arcaicas. Las problemáticas preedípicas no cancelan necesariamente lo edípico. En trastornos graves fronterizos, se observa que el Edipo queda impregnado de angustias y fantasías primitivas, pero no se anula.

Se abre un campo de ricas ideas por explorar, en el que surge la oportunidad de abordar distintas facetas de la mente. El trabajo con niveles simbólicos edípicos de un material no suprime los niveles preedípicos, preverbales, y viceversa. El desarrollo de la transferencia y del proceso analítico permitirá retomar ciertas nociones que constituyen un “telón de fondo” para comprender el mundo interno de Luis y abandonar otras teorías que en un primer momento surgieron como hipótesis a investigar. La clínica exige un trabajo en diferentes planos, de acuerdo con los estratos emocionales del paciente que aparecen en un momento dado. El siguiente caso continúa con esta idea.

Lo físico: ámbito de expresión y compensación simbólica

Retomaré el caso de Vanesa, que expuse en el apartado sobre “La comprensión ampliada del concepto de sexualidad”. Anteriormente me referí a los elementos edípicos de su personalidad. Ahora mostraré cómo el espacio analítico permitió que afloraran campos preedípicos y deficitarios de su carácter.⁶

Los aspectos histéricos de Vanesa cobraron relevancia en el primer periodo del tratamiento. Las sesiones transcurrían en quejas contra Jorge, el júbilo por ganarle a la pareja de él, habladurías entre amigos que tenían invariablemente un carácter triangular, la rivalidad con la madre y la hermana; en fin, temas referidos claramente al lugar amoroso anhelado en el que ella deseaba colocarse.

Transferencialmente, se desplegó un deseo de ser mirada como una niña ingenua y adorable; una necesidad de colocar en mí los celos y la tan intolerable exclusión; una rivalidad sutil y un parasitismo infantilizado que poco a poco cobraron un carácter más grave.

Vanesa oscilaba entre momentos excitantes, rabiosos o dramáticos cuando se encontraba con Jorge, y otros en los que dormía varias horas durante el día, se encerraba

y se sentía decaída. Resultaba fácil advertir su abatimiento, ya que su esmerado arreglo personal declinaba. En un primer momento, me pareció que esta reacción era parte de una depresión narcisista que aparecía al perder el lugar tan anhelado, y de una ansiedad persecutoria como consecuencia del robo y triunfo edípico en el que constantemente se colocaba. La cirugía para estilizar sus nalgas suscitó un material relacionado con las culpas y una sensación depresiva generalizada. El siguiente episodio ocurrió cuatro semanas después de la intervención:

Vanesa: Antes de entrar a la operación, me dio lo que te había contado antes. Empecé a pensar que hay gente que de verdad lo necesita porque tiene un problema [se refiere a una intervención quirúrgica], y yo lo hago por vanidad. O que si hay gente que no tiene dinero suficiente para ello, y yo, aquí, lo gasto en esto. Me entró un remordimiento enorme.

Analista: Esto de sentirte así respecto de la operación ya venía dándose desde que lo decidiste. Parece que sientes que le quitas algo a alguien y que haces algo un tanto ilegal, que no se vale.

Vanesa: Me ha costado mucho trabajo mantener en secreto lo de la operación. Nadie lo sabe hasta ahora. Traigo esta porquería de faja desde hace ya cuatro semanas; es estorbosa y me veo rara. El doctor me mintió; me dijo que solo la tenía que usar por dos semanas, yo no noto nada, me veo igual, casi que a los ocho días iba a estar ya fabulosa.

Analista: Creo que no es tan casual que sientas que el doctor te mintió; me parece que hay una relación entre sentir que engañas a tu familia al ocultarles la operación y después pensar que el doctor te mintió con los resultados y el tiempo.

Vanesa: Todos somos una bola de mentirosos. Lo que el doctor me dijo fue que yo en unas semanas ya iba a tener las pompis levantadas, que el cachito que tengo como debajo ya no se me iba a ver y que la recuperación sería rápida. Nada de eso pasó. Es un cuento [una mentira].

Analista: Es posible que la idea de hacer algo que sientes que no se vale y de que otros te hagan trampa se relaciona con lo que ha representado esta cirugía. ¿Por qué sentirás que la operación tenía que ser ocultada? Más allá de que en tu familia estuvieran de acuerdo o no, creo que sientes que hacerte bella significa robar la belleza de otro. Creo que la idea de que gastas lo que otros necesitan tiene que ver con eso; sentir que esta operación ha sido quitarle a otro belleza o dinero.

Vanesa: Todo este tiempo me he sentido muy apachurrada. Me mandaron unas pastillas de vitaminas, pero yo siento que me dan sueño; como que quiero dormir todo el tiempo, y no tengo ganas de nada.

Analista: Cuando hablo de las cosas agresivas que pasan dentro de ti, tú lo ligas a tu tristeza.

Aquí es posible observar el aspecto desafiante, descrito anteriormente, que aparece en Vanesa al ocultar su cirugía ante la familia, y la culpa concomitante. Su remordimiento surge del derivado simbólico que la operación adquiere. Parece que en un nivel se representa el deseo de Vanesa por poseer a hurtadillas las cualidades admirables y envidiables de la mujer-madre (“Voy a estar fabulosa”), y así usurpar su sitio junto al padre. La culpa edípica se encuentra detrás de los remordimientos de la paciente.

Poseer las cualidades femeninas más fascinantes y deseables implica quitarles a las mujeres-madres esos atributos. Ella tiene la fantasía de que su hermana desearía operarse si se enterara. La idea de que su hermana le puede “quitar” o “robar” su cirugía-belleza proviene de su propio hurto de los atributos envidiables. El ocultamiento de la operación es resultado del carácter ilegal que implica en un plano simbólico.

Transferencialmente, esto también está presente en su vínculo conmigo: Vanesa suele registrar la contabilidad en una libreta; cuando paga, me muestra con esmero las fechas y las cuentas que realizó. La fantasía de robo aparece proyectada en mí: procura evitar que yo piense que no quiere pagarme.

El robo de las cualidades femeninas maternas involucra un ataque al cuerpo de la madre y sus contenidos. Los sentimientos depresivos-melancólicos de la paciente son obra, en gran medida, de la identificación proyectiva con el objeto interno (cuerpo de la madre) contra el que arremete. Existe una dimensión que atañe al cuerpo: al identificarse con objetos dañados, surge la necesidad de repararlos con frecuencia, de manera maniaca, con estrategias de belleza. El escrupuloso esmero con el que Vanesa atiende cada uno de los detalles de su cuerpo es, en parte, el resultado de la necesidad por mantener bajo control a los objetos persecutorios que cobran formas de fealdad, gordura, falta de perfección o granos.

A este conflicto se aúna un funcionamiento pseudomental. Bion desarrolla la idea de *supuestos básicos* para explicar una actividad psíquica primitiva. Son presupuestos inconscientes y onnipotentes que tienden a evitar la frustración y el dolor mental. Para Bion, esta área de la mente constituye un aspecto psicótico de la personalidad, ya que el individuo funciona a un nivel protosimbólico (Bion, 1959).

Vanesa opera conforme a un supuesto básico grupal donde ser extremadamente delgada es admirable y deseable. Podemos suponer que si estuviéramos bajo los parámetros de belleza del siglo XVIII, se esforzaría por ser una mujer de carnes abundantes.

Su discurso revela el mimetismo con las opiniones, frases e ideas de otros. Su decisión de perforarse el ombligo corresponde al supuesto básico de que tener un *piercing* implica estar a la moda, ser joven, sujetarse a los cánones actuales; por lo tanto, resulta necesario hacerlo. Pero el fenómeno mimético no solo se circunscribe a la moda —algo común de observar en casos de adolescentes—, también se hace patente en sus elecciones y vínculos. Ella se adhiere a Jorge, a su hermana mayor, a sus amigas que la aconsejan, a la cosmetóloga o a mis palabras, no como ideas a pensar sino como términos a repetir. El mimetismo, en su estructura de carácter, pasa de ser un fenómeno aislado o referido a situaciones particulares, como podemos funcionar todos en mayor o menor medida frente a la moda. En Vanesa, la imitación protomental configura el modo fundamental de relación.

El análisis mostró que la vivacidad aparente en sus relaciones eran, las más de las veces, actitudes maniacas o miméticas, y no contactos emocionales significativos. Comenzaron a presentarse sueños con un carácter distinto de los anteriores. Los primeros sueños del tratamiento eran pintorescos, barrocos, infantiles y coloridos y se les intercalaron otros de contenido y formas distintas. Aparecieron pesadillas y sueños de ansiedad con contenidos terroríficos que “nunca antes recordaba haber tenido”. Simultáneamente, emergieron otro tipo de necesidades que sostenían los rituales físicos. Vanesa dedicaba litúrgicamente cerca de un par de horas del anochecer a untar cremas y aceites en su cuerpo. Las interpretaciones referidas a los intentos de reparación maniaca del cuerpo destruido de la madre, por lo regular acompañaban estos relatos.⁷ Sin embargo, ésta y otras actividades comenzaron a manifestarse como intentos compensatorios frente a ansiedades de desintegración. La narración de los episodios rituales denotó la estereotipia y la compulsión presentes: se revelaba un aspecto

restitutivo y se hizo evidente la presencia de un aspecto estructuralmente fallido.

El carácter de dependencia parasitaria que Vanesa tiene es innegable: Jorge la mantiene, le dice qué hacer, planea sus días. Cuando él no está físicamente para cumplir esa función, rápidamente aparece un sustituto: la hermana o alguna amiga. Conmigo sucede algo parecido, intenta que yo dirija sus conductas o actitudes, que le señale específicamente lo que tiene que hacer y pensar. Al cabo de unos meses imita mis palabras, algunos gestos y voz. El parasitismo también surge en sus respuestas triviales, lo cual la hace parecer una mujer poco inteligente e incapaz de comprender y utilizar el contenido que se le aporta.

El elemento parasitario que caracteriza sus vínculos está íntimamente ligado con el funcionamiento pseudomental que presenta, pero no es lo mismo. Los demás la apoyan económicamente, le aportan modelos con los cuales fundirse y piensan por ella. En un aspecto de su personalidad, ella es un pequeño bebé, divertido e impertinente, del cual hay que encargarse; es la niña que fascina seductoramente. Éste es el campo donde hay una fantasía a interpretar, un contenido; ella se “cuelga” parasitariamente de los objetos que se lo permiten, perpetúa un vínculo de control y posesividad a través de estrategias de seducción e infantiles. La interpretación, en este ámbito, intenta dar cuenta del sentido de la fantasía y del lugar en que ella se coloca.

Sin embargo, a este estrato mental se agrega otro: Vanesa está paralizada en su capacidad imaginativa para pensar y hacerse cargo de sí misma. Muestra una esterilidad recurrente frente a situaciones cotidianas que atender y organizar. La fantasía de bebé parásito converge para colocarla en un sitio de incapacidad vital, pero no es el único elemento presente. El parasitismo está enraizado en una construcción fantasmática: ser el bebé. El mimetismo, por su parte, responde a un esfuerzo protomental de dar significado simbólico cuando no lo hay.

Por ejemplo, cuando Vanesa repite mis palabras sin comprenderlas o le habla a Jorge por la mañana para que él planee su día, se entremezcla el parasitismo, en el que ella es la nena consentida metida intrusivamente en la cabeza-pecho (Meltzer, 1994), con el intento mimético de encontrar a alguien que tome las riendas de una función mental de la que ella carece. La fantasía intrusiva la calma; es un estado mental que le permite atenuar parcialmente la angustia. De forma paralela, le impide desarrollar otra posibilidad emocional más enriquecedora.

No podemos decir que el mimetismo está en el fondo del parasitismo, ni viceversa, ambos son elementos presentes en su carácter que se potencian y perpetúan. Uno corresponde a una fantasía pregenital (parasitismo) y el otro a un aspecto del carácter simbólicamente deficitario (mimetismo).

Relataré un fragmento de una sesión y un sueño que aparece después de un periodo en que el tema recurrente fue la adhesión.

*Vanesa: No me he sentido bien, creo que tengo la presión baja. Me siento débil y cansada. Tuve un sueño muy raro ayer. Soñé que estaba con mi mamá en una casa de espantos. Era muy tenebrosa y vieja; estaba vaciada. Entonces entraba Ernesto [su cuñado, esposo de su hermana mayor], estaba poseído. Estaba vaciado.⁸ Entonces se acostó en un sillón como éste. Tenía los ojos muy raros. Yo decía que lo amarráramos, como a *El exorcista*. Le poníamos periódico todo alrededor; lo empapelábamos con capas de*

periódico y de engrudo, como cuando haces una piñata. Capa tras capa. Teníamos que forrarlo por todas partes para que no se lastimara. Afuera estaba la familia. Yo salía y les decía que Ernesto estaba poseído, como endemoniado. Ellos se reían. *¡Ay, qué horror! No sé por qué soñé ese sueño tan vaciado.*

Analista: *Cuando dices “qué horror”, y después “qué vaciado”, es como si lo “vaciado”, aludiendo a chistoso, le quitara fuerza a lo que pasa. El sueño es de temor, algo que, tan solo de pensarlo, asusta. Creo que te asustó, pero es mejor sentir que es vaciado-chistoso, como la familia que ríe cuando dices que hay algo endemoniado. Me parece que a veces eso pasa contigo, lo hemos hablado: una forma de quitarle peso y de asumir las cosas dolorosas o difíciles es convertirlas en una broma banal.*

En esta interpretación hago referencia a la defensa maniaca que suele utilizar y al afecto que está intentando negar. Me llama la atención cómo la emoción parece estar más puesta en el cuerpo, en la idea de la presión baja y el malestar físico, que en la posibilidad de que piense las cosas que ocurren en su mente y afectos. Éste es un tema que no toco directamente porque pienso que la mejor manera de que ella tome contacto mentalmente con sus emociones es a través de metabolizarlas juntas, de trabajar en discriminarlas y entenderlas, y no de una interpretación donde le hago ver que no procesa los afectos.

Vanessa: *Eso es algo que Jorge siempre hace cuando yo estoy hablando en serio de cosas que me preocupan. Él me dice que le baje, que no me azote y que me aliviane. Tú me dices otra cosa.*

Vanessa proyecta la reacción maniaca en Jorge. Es una forma de escindir su aspecto negador. Sin embargo, refiere que algo en nuestra comunicación alude a una cosa distinta.

Analista: *Yo te hablo de lo que puede ser poco alivianado y difícil. En el sueño Ernesto aparece como tú estás aquí, recostada y en una especie de diván. Creo que venir aquí conmigo a veces puede sentirse como algo peligroso; puede ser atemorizante que se liberen los demonios y te posea algo malo y destructivo.*

Vanessa: *También creo que hubo un segundo sueño, o no sé si fue otra parte del mismo sueño. Estábamos, toda la familia, en una calle donde había una gran zanja. Mi sobrina se iba a caer y yo la detenía. Adentro de la fosa había muertos; había una familia muerta o algo así. No me acuerdo bien pero era como un hoyo que estaba lleno de gente muerta.*

La interpretación parece movilizar los elementos más agresivos que suelen “empapelarse” y presentarse con risas maniacas. Sin embargo, otro elemento está presente en el “empapelamiento”. La descripción que Vanessa ofrece de la “capa tras capa” de periódico y engrudo colocadas en Ernesto me recuerda el relato de sus rituales corporales cotidianos. Resulta llamativa la recurrencia del término *vaciado*: es utilizado en parte para restarle valor a la amenaza y violencia presentes en el sueño, pero también aporta en sí mismo un sentido importante. Aunado a la idea de piñata, un vacío recubierto, el “vaciado” parece referir a su propia experiencia.

En este sueño parecen condensarse elementos previamente referidos en el análisis. El temor de que en el tratamiento emergieran sentimientos agresivos, de enojo, y deseos de destrucción. Hablar de ellos o reconocerlos hacia mí o que se percibía al diván como algo peligroso es similar a convocar y exorcizar a los demonios. Ahí aparece por primera vez una referencia explícita al *vaciado*-vacío que se deduce detrás de las acciones compensatorias que constantemente tratan de sortearlo.

Pienso probable que esta área del carácter tomara una vía de expresión y representación gracias al trabajo previo en torno de ella. De otra manera, son campos estructurales innombrables que no aparecerían en el material onírico.

Para Vanesa, lo físico es un espacio tanto de expresión como de compensación simbólica. En esta viñeta señalé cuatro ámbitos en los que aparece el cuerpo:

1. Un campo edípico, donde la erotización corporal está ligada al triunfo sobre la madre y la seducción del padre.⁹
2. Un campo preedípico, donde la vivencia de daño al cuerpo de la madre y la reparación maniaca se materializan.
3. Un campo protomental, de supuesto básico grupal, donde la belleza física es un valorpreciado.
4. Un campo restitutivo de una falla estructural, donde las acciones sobre el cuerpo son intentos concretos de compensar la falta de integración y solidez del *self*. Las carencias psíquicas son percibidas como corporales. No hay una cohesión adecuada en la estructura mental; los procesos de introyección son fallidos y esto es proyectado en un cuerpo vivido como dolorosamente inacabado y quebrantado.

Martha Duarte advierte la compleja amalgama frente a la que el analista se encuentra en la sutileza de la clínica. Piensa que la teoría del pensamiento en el psicoanálisis aún tiene muchas interrogantes por resolver:

El pensamiento, entonces, estaría compuesto por lo representable y lo irrepresentable, por la “razón” y la sinrazón. En donde, además, lo impensable y lo pensable conllevarían un proceder probablemente infinitamente amalgamado por un proceso que parte del vacío, produciendo alucinaciones, fantasías, hasta la actividad del pensar en palabras ¿en otro registro?, más cercano a un producto psíquico inconsciente (2005:21).

Cuerpo, vínculo y mente. Relato de una sesión

En la actualidad se intenta incluir el trabajo alrededor de la falla estructural sin omitir la interpretación del conflicto en la misma persona. Hay momentos en que el paciente está tan angustiado que no puede pensar; no necesita entonces que le interpreten un conflicto, sino que lo escuchen y le digan algo aparentemente trivial, como: “Parece que esto te duele mucho”; “Parece que no puedes soportarlo en tu mente”, “Creo que cuando me lo cuentas te alivia, porque sientes que hay alguien que recibe eso”. El paciente se tranquiliza y, quizá después, sea posible interpretar en otro nivel simbólico.¹⁰

El vínculo con el analista, el contacto que se desarrolla en el transcurso de la sesión y la relación continente que el paciente recibe, funcionan como una plataforma que promueve una modalidad simbólica pertinente. Es llamativo cómo en las primeras sesiones de la semana los pacientes suelen evacuar, están más ansiosos y con menos capacidad elaborativa; solo en las sesiones subsiguientes, una vez que las angustias de aproximación y separación con el objeto han sido tramitadas, se logra entrar a una fase de mayor comprensión o construcción de sentidos.

Incluso en una misma sesión es factible observar cómo se progresa mentalmente a

través de la modulación de la ansiedad y el contacto con el objeto, que hace una función de *sostenimiento, proceso terciario, continente, imaginativo*, en fin, el término que se desee utilizar, pero que de cualquier manera remite a la comunicación emocional y mentalmente comprometida con el otro.

No es sencillo encontrar un ejemplo que ilustre claramente este punto; el analista muchas veces se guía por la sensación contratransferencial para valorar el grado de comprensión, apertura y creatividad con las que el paciente está funcionando. Sin embargo, tuve la suerte de recibir de un pequeño paciente un material donde se plasma en dibujos este movimiento de progresión simbólica dentro de una misma sesión. Iniciaré la narración comentando algunos antecedentes, tanto de él como del tratamiento, para después enfocarme en el relato puntual de aquel colorido encuentro.

Al iniciar el tratamiento conmigo, Enrique tenía nueve años. Cursaba un programa escolar para niños con necesidades especiales, y su desempeño en la lectura, escritura, así como sus primeros acercamientos al aprendizaje, habían sido un rotundo fracaso. Las relaciones con los demás niños eran caóticas: reñía constantemente y se le acusaba de maltrato y violencia hacia otros. Solía gritar, alterado, por las cosas que no le gustaban; sus reclamos y exigencias eran agresivos, insultaba a su hermano y a sus compañeros. Por momentos hablaba como un bebé y golpeaba a quien se le acercara debido a su intolerancia hacia el contacto físico. Con frecuencia se masturbaba en público, hacía comentarios despectivos de gente desconocida frente a ellos, temía al agua y a un foco en el pasillo de la casa que, según decía, *se lo quería chupar*. Alguna vez le comentó a su madre que él era *nada* y no servía para *nada*; pidió que así lo llamaran: *Nada*.

A los cinco años de edad, tuvo una convulsión. Lo diagnosticaron con epilepsia e inmadurez neurológica severa. Varios estudios que se le hicieron en años posteriores confirmaron el diagnóstico. Fue posible controlar parcialmente las crisis convulsivas, aunque se presentaron algunos eventos más.

Cuando Enrique llegó a análisis, era un niño delgado, desgarrado y de tez pálida. Su caminar y movimiento denotaban una torpeza motora evidente. Arrastraba los pies, sus brazos colgaban de su cuerpo sin ritmo ni coordinación, y su postura encorvada lo hacía parecer más bajo de lo que en realidad era. Solía mantener la boca abierta y salivar con frecuencia. Su mirada no se detenía en mí y evitaba establecer contacto visual. Su gesto transmitía incomodidad y enojo. Las primeras sensaciones contratransferenciales al estar con él oscilaban entre pena y ternura, debido a su aspecto e incapacidad física, así como a la incomodidad de estar frente a alguien difícil de complacer.

En el primer periodo de tratamiento, Enrique sacaba compulsivamente los juguetes y materiales de su caja, los esparcía por el consultorio y permanecía en silencio. Regaba todo aquello que estuviera contenido en un envase, por ejemplo, el pegamento, las masas (plastilina) y las pinturas. Más tarde comenzó a desbaratar hojas, pedazos de cinta adhesiva y todo lo que pudiera ser despedazado y desparramado por el consultorio.

Mis intervenciones en esta época giraron en torno de sus sensaciones de fragmentación y falta de cohesión, las cuales representaba mediante sus acciones; la confusión y el desorden mental experimentado; el deseo de invadir el consultorio, a mí y, en la fantasía, al cuerpo de la madre, evitando dejar espacio alguno para la cabida de un tercero (principalmente bebés o el pene-padre); y el silencio como una forma de mantener “cerrado su espacio” por un temor retaliatorio a un ataque intrusivo de mi parte.

Las palabras que utilicé con Enrique siempre fueron sencillas y comprensibles: *querer entrar, salir, adentro, afuera, hacerse bolas*,¹¹ *estar confundido, sentirse desarmado, desparramado, ocuparlo todo, llenarlo todo, no dejar huecos*, etc. La complejidad en el nivel interpretativo no resultaba en oscuridad o complicación, el lenguaje y estilo con el que se transmitían era coloquial y fácil de comprender. En un paciente con sus

características, la brevedad y simpleza en la interpretación son necesarias.

Al poco tiempo, Enrique desarrolló una manera estereotipada de llegar a las sesiones que se conservó durante años. Pisaba fuertemente cada peldaño de la escalera que conducía al consultorio. Al llegar a la puerta, tocaba con insistencia el timbre, sin soltarlo, hasta el momento en que yo abría la puerta. Sin mirarme, entraba con los mismos pasos sonoros y un semblante de enfado y disgusto. Al acercarse el fin de las sesiones, se ponía ansioso, preguntaba por el tiempo y se quería marchar antes de terminar. Frecuentemente, salía corriendo del consultorio y tropezaba con el barandal de la escalera.

La invasión intrusiva del espacio materno-consultorio-analista, con la concomitante ansiedad persecutoria y claustrofóbica que provocaban sus irrupciones posesivas, parecía ser uno de los ejes en nuestra relación.

Las sesiones tenían un tinte caótico y confuso, de acciones desorganizadas y violentas. Sus dibujos eran rayones amorfos que ocupaban todo el pizarrón o el papel. La primera figura humana que dibujó fue un círculo con dos líneas que salían por debajo a modo de piernas. Era un personaje carente de rostro.

Las disminuciones del clima paranoide en la transferencia le permitieron hablar fluidamente y aumentar el contacto visual. Sin embargo, fueron necesarios varios meses para que las sesiones adquirieran un carácter menos insólito e impulsivo y emergiera el juego.

Tiempo después se inauguró un periodo en el que predominó una actividad lúdica con sus variantes: tomaba cables para juntarlos, amarrarlos de las puntas y anudarlos unos a otros. A menudo me pedía que colaborara con él para atar los cables. Unas veces formábamos figuras pseudohumanas y otras nos involucrábamos en una actividad más bien compulsiva de unir por unir. Uno de los temas presentes en estas actividades era la figura completa, la construcción del cuerpo integrado.

El contacto conmigo como un objeto atento, con mi mirada puesta en él, así como el ejercicio de sostenimiento analítico, aportaron una vivencia de cohesión que se reflejó en el juego.¹²

Cuando las figuras que deseaba estaban formadas solía reír a carcajadas. Si bien la risa y el gusto por el juego son la causa del sentido jubiloso que Enrique experimentaba frente a lo unificado, también denotan un elemento maniaco de triunfo sobre las limitaciones físicas y mentales. Un sentido del juego se vincula con la ilusión de que el análisis fuera una actividad mágica que le reparara el cuerpo, y yo, una especie de hada prodigiosa, quien con su “varita-plumón” ligó dentro de su cuerpo y mente todo lo que en él aparecía como experiencias caóticas.

Unas sesiones después, esta expectativa se confirmó cuando Enrique perfiló en el pizarrón varios trazos, en un intento de delimitar un brazo, los ojos y una boca.

Enrique: *Los tienes que poner en una hoja, pero bien.*

Copié entonces los pedazos e imité una de las líneas que era particularmente curvada y torcida para formar una pierna. Al verla, se enojó.

Enrique: *No, así no, esa pierna tiene el temblor; te dije que tú lo tienes que hacer; pero bien.*

Analista: *Tú quieres que yo te asegure que puedo hacer los cuerpos bien, muy bien. Quieres que los dibuje bien y que también a ti te deje así, todo muy bien. ¿Qué pasa si lo pongo así...?*

Dibujé un cuerpo con unas partes unidas, pero con separaciones evidentes en ciertos puntos, fragmentado y con un gesto de tristeza y enojo. Enrique tomó rápidamente el plumón y lo unió con torpeza: *ya lo conecto,*

ya se siente mejor. Tachó la boca para dibujar un intento de sonrisa que terminó siendo un gesto cuya falsedad era patética.

El *temblor* se relaciona con las convulsiones epilépticas a las que nombraba así, *los temblores*. Resulta significativo que utilizara el mismo término para describir el dibujo. Frente al temor a las convulsiones, la rabia por la herida de sentirse discapacitado y la desorganización emocional, él tenía que encontrar un objeto omnipotente que le asegurara solidez y cohesión. Pude observar que el fenómeno de la fragilidad mental se proyecta en lo corporal y viceversa. El interés obsesivo que mostraba hacia los detalles de los dibujos y las construcciones con los cables revela que el fenómeno orgánico, en sí mismo desorganizador, también es una pantalla para colocar la inminente fragilidad psíquica.

En este momento, una de mis preocupaciones era posibilitar el ambiente de juego. Una interpretación como podría ser que él desea creer omnipotentemente que eso es un cuerpo, porque está furioso y dolido por sus trastornos orgánicos, no sería del todo incorrecta. Sin embargo, preferí postergarla para más adelante.

En general, el tono con el que Enrique me pedía que colaborara con él en los dibujos, rompecabezas de cables y demás juegos semejantes, expresaba una exigencia y demanda inapelables. Con frecuencia imaginé que yo era un apéndice suyo: mis manos o mi voz actuaban como una especie de añadido indeseable, pero necesario. Cualquier indicio que rompiera este estatuto de poder sobre mí lo ponía al borde de un ataque colérico. Tal era el caso de las separaciones por el fin de semana, las vacaciones y, por supuesto, la llegada y salida del consultorio, que marcaban el límite de dominio.

En un paciente como Enrique, el déficit simbólico es evidente, así como las ansiedades y fantasías arcaicas que matizan la relación. Sin embargo, fue notorio cómo el contacto analítico aportó el armazón necesario para acercarse a un funcionamiento menos caótico y más simbólico.

A continuación refiero aquella sesión en la que resulta visualmente ostensible la progresión de un momento caótico y simbólicamente muy pobre a un funcionamiento emocional y mentalmente más rico. Ésta tuvo lugar al cuarto año de trabajo con Enrique. Era la primera sesión de la semana. En ese momento, yo tenía seis meses de embarazo. Mi gravidez era notoria, y constituyó un tema importante que suscitaba preguntas, comentarios y juegos.

Escuché los pasos de Enrique anunciando su llegada. Cuando subió las escaleras, pisó fuerte y estrepitosamente. Tocó el timbre sin soltarlo hasta que yo abrí la puerta. Entró sin mirarme, con un gesto de disgusto; se dirigió al pizarrón y dibujó tres triángulos y un par de círculos a los lados:

Enrique: *Es un barco* [dibujo B1, copiado por mí].

Me llamó la atención lo plano del dibujo.

Analista: *Es como si a ese barco no le cupiera nada; mira, no tiene espacio donde llevar cosas o gente, pero sí hay algo a sus lados.*

Pensé que el dibujo presentaba la idea de varios objetos, pero que el barco no era continente de los otros objetos.

Enrique: *Éstos son los motores del barco* [figuras redondas].

Analista: *Los motores están fuera, y con los motores fuera, el barco no trabaja. A lo mejor tú te sientes un poco así después de no vernos: fuera de mi consultorio, separado. ¿Me habrás recordado el fin de semana?*

¿Cómo habrá funcionado el barco?

Tomó una hoja y coloreó; hizo grandes rayones en la hoja, de una orilla a otra, cambió de colores y colocó el amarillo a los lados. Al final, en la parte superior, trazó unas imágenes, entre ellas una figura humana de cuya cabeza salían una especie de destellos.

Analista: *¿Cómo se llama?*

Enrique: *Son autos veloces, van rapidísimo [dibujo B2].*

Siguió dibujando.

Analista: *Los autos son rapidísimos, y las cosas que salen de su cabeza también [señalé al muñequito]. A veces hay cosas que se sienten muy diferentes y que cambian con rapidez. Sientes enojo por no verme y llegas aquí enojado, también tienes ganas de hacerme un dibujo para que lo veamos juntos... Son muchas cosas diferentes y veloces.*

Enrique: *Voy a hacer otro dibujo. Pásame el azul. Es un robot; no tiene piernas. Mejor no le pongo piernas; una rueda. Mejor, que no tenía piernas y tenía una llanta... Está como sol. Esto azul es su casa [dibujo B3].*

Coloreaba y simultáneamente miraba mi vientre.

Analista: *Ese robot se ve contento en su casa-consultorio; ya está adentro, radiante como sol de contento, y con esos ojotes para espiar y ver todo lo que pasa adentro. Eso de querer ver todo y estar adentro hace al robot correr rápido de la emoción.*

Enrique [risas]: *Si tienes una rueda podrías ir rapidísimo a donde quisieras; con una rueda siempre irías veloz: ganas.*

Analista: *A veces dan ganas de ser veloz como el robot y no lento como te sientes a veces cuando corres. Tal vez piensas que para meterse a la casaconsultorio hay que ser como el robot, rápido y ágil, ganarle a otros; así te quedarías con Elena-mamá y le ganarías a otros.*

Tomó otra hoja para dibujar. Trazó con prisa, ansioso [dibujo B4].

Analista: *¿Cómo se llama este dibujo?*

Enrique: *Confusión.*

Yo había usado esa palabra varias veces para explicarle sus estados emocionales; entonces, él la retomó y tituló así el dibujo. No se volvió a verme cuando le pregunté por el nombre de su obra.

Analista: *Mira, Enrique, yo te acabo de decir que no te gustan tus piernas ni cómo se mueven cuando quieres ir rápido, y también te hablé de tus ganas de ganarles a los otros que te imaginas que están conmigo cuando no estás... Creo que si piensas en esas cosas, te harán sentir triste; quizás es mejor no entender nada de lo que digo, te enojas y confundes todo.*

Enrique tomó otra hoja y dibujó nuevamente.

Enrique: *Es el club; estoy a punto de nadar. Ésta es la alberca [dibujo B5].*

Me explicó que la alberca era lo que estaba debajo de él, que tiene el agua caliente y que le gusta estar adentro. Mencionó que él sabe que los bebés viven en el agua antes de nacer.

Analista: *Son dos, ¿cuál eres tú?*

Enrique: *Yo soy éste, y ésta es mi mamá. Mi mamá siempre me lleva al club cuando voy a nadar. A mí sí me gusta, yo me echo al agua.*

Analista: *Es un poco como ser el bebé que está dentro del agua-panza, con su mamá. Ya no da tanto coraje.*

Tomó nuevamente una hoja y dibujó a papá poniendo un disco en el aparato de música. Él está a su lado. Me asombró que dibujara primero el recuadro que rodea el dibujo y, después, el resto [dibujo B6].

Analista: *Creo que este dibujo en parte tiene que ver con lo que hemos dicho otras veces acerca de las ganas de saber qué hacen los papás para que se hagan los bebés.*

Tomé el dibujo del robot y se lo mostré.

Analista: *Los ojos del robot también tienen que ver con eso. Te haces muchas preguntas sobre cómo es esto de los bebés, de cómo nacen y qué hace papá para hacer bebés; se parece a eso que dibujas, papá metiendo un discopene dentro del aparato tocadiscos-panza de mamá, para que salga música, y es interesante, porque aquí estás en medio, muy atento.*

Enrique rio.

Analista: *Cuando hablamos de estas cosas, aunque son muchas y rápidas, como las ganas de ser el bebé de la panza o ver cómo se hacen los bebés, no se sienten como los autos rápidos y confundidos, porque las vemos juntos y despacito.*

Hizo un boceto más, volvió a dibujar, primero el recuadro de afuera y después la figura en su interior [dibujo B7].

Enrique: *Ya está.*

Analista: *Está contento.*

Enrique: *Es que ya comió.*

Iluminó más fuerte el área del estómago.

Enrique: *Ésta es la comida.*

Analista: *Parece que la mamá tiene comida buena para alimentar al bebé; el bebé se queda contento porque recibe de la mamá la comida.*

Era tiempo de terminar y le avisé un par de minutos antes. Guardó silencio y tomó los colores que había usado para guardarlos en su caja. Tapó su caja y la colocó en su lugar. Salió sin correr y, cuando me despedí de él, me miró.

Si bien el estilo primitivo se debe a la alteración neurológica, los dibujos expresan varios problemas psicoanalíticos.

El primer boceto, *El barco*, corresponde a un momento bidimensional, de ausencia del objeto; se trata de planos aislados y no existe la posibilidad de representar un continente ni un contenido. En *Autos veloces*, Enrique colocó en las orillas una especie de límites para detener la “velocidad” de los autos; el color es llamativo, aunque pareciera que las paredes amarillas son demasiado frágiles frente a la intensidad y la fuerza del rojo. En *el Robot*, aludió por primera vez a un espacio confinado concreto: la casa. *Confusión*, como bien lo dice su nombre, parece reflejar un momento en el que se desarma el pensamiento y se pierde la consistencia obtenida gracias a la construcción de perímetros que encuadran. Las figuras de *El club* ya tienen un piso que las sostiene y, frente a ellas (debajo, por la pobreza debida a la organicidad), hay una alberca. Esta imagen implica el sentido de un continente y un contenido. En los últimos dos dibujos, Enrique dedicó unos instantes a ilustrar y resaltar el marco en el que los personajes se sitúan.

Donald Meltzer fue uno de los autores interesados en estudiar el tema de las dimensiones de la mente. Influido por Bion y su teoría del pensamiento, Meltzer (1975b) propone una conformación espacial que se sitúa antes de la relación continente-contenido y la discriminación afuera-adentro. La identificación proyectiva necesita la espacialidad de los objetos para que uno de ellos pueda contener a otro o ser contenido. Solo así aparece una diferenciación sujeto-objeto y una tridimensionalidad. La bidimensionalidad corresponde a una relación narcisista, que borra la diferencia entre sujeto y objeto, donde el proceso de identificación es mimético e imitativo. Cabe señalar que Enrique desarrollaba una gran cantidad de conductas imitativas y repetitivas, como calcar, utilizar mecánicamente mis palabras, repetir sonidos o hacer movimientos estereotipados, entre otras.

Parecía que, al llegar a consulta, Enrique estaba desconectado, en una fase mental bidimensional. El concepto de Esther Bick (1968) acerca de la piel como continente es uno de los trabajos que se conectan a la bidimensionalidad. Bick piensa que la piel es un objeto fundante de lo psíquico y cumple una tarea de sostén emocional y de organización

de las partes del *self*. Cuando esta función-piel no está lo suficientemente estructurada y fortalecida en el aparato psíquico, se advierten mecanismos de identificación adhesiva con el objeto, donde objeto y sujeto son lo mismo. Etchegoyen explica que los fenómenos de identificación adhesiva son una modalidad de manejo frente a la ansiedad de separación. En Enrique, esto parece ser así: los reencuentros y separaciones se acompañaron de mecanismos adhesivos y narcisistas que anularon la diferencia entre nosotros (Etchegoyen, 1986:572). La redundancia en el tema de los contornos y perímetros que definen un espacio parece ligarse con los intentos de incorporación y construcción interna de un espacio contenido. Todo parece indicar que el vínculo, mis palabras y mi voz son piezas que contribuyen a la vivencia de un continente.

Los estados mentales en las sesiones de Enrique oscilan de manera pertinaz: los dibujos, el afecto y la transferencia de los primeros momentos de las sesiones, el progreso de éstos y las producciones del final parecen corresponder a distintos pacientes. Betty Joseph señala que la transferencia es una relación viva, en la que se advierte un movimiento y un cambio constante. La autora propone que la transferencia revive y pone en juego la organización psíquica del paciente, que está basada en los modos infantiles de funcionamiento, fantasías, pulsiones, defensas y conflictos. En el caso de Enrique agregaría que en estas oscilaciones también se advierte la ausencia de actividad simbólica, plasmada en los momentos en que funciona bidimensionalmente.

El punto medular de este caso es el funcionamiento mental de Enrique frente a ansiedades abrumadoras, y si es capaz, en la relación analítica, de utilizar la mente del analista para construir nuevos componentes simbólicos. Frente a las descargas del paciente, el analista intenta responder con un trabajo elaborativo e imaginativo, y al mismo tiempo se vale de sus cualidades de empatía. La transferencia-contratransferencia gira en el esfuerzo de no contagiarse de la *muerte psíquica*. Se tiene la esperanza de que Enrique pueda identificarse con la función de la mente analítica y así introyectar al objeto analítico.

En el trabajo clínico quedan siempre márgenes de dudas respecto de un sinnúmero de cuestiones. Puede haber varias interpretaciones, la idea de la correcta *versus* la errónea es algo que va quedando atrás para dar lugar al problema de la complejidad: varias interpretaciones pueden dar cuenta de diferentes vértices y temáticas. Por ejemplo, frente al dibujo de la confusión pienso que otro de los elementos presentes era que Enrique dejaba el grado de escisión tan marcado con el que entra a sesión: yo soy mala porque lo desatiendo el fin de semana, cuando estamos juntos me comienza a sentir cerca y se pone contento; esto lo hace sentir confundido. Por fin, ¿soy buena o mala? ¿Deseable o indeseable? ¿Me tiene que amar u odiar? Bien se podría interpretar en estos términos o en otros. Lo que sí parece quedar claro es que Enrique se beneficia de tenerme atenta, imaginando, pensando y hablándole de lo que puede estar sintiendo y de lo que le pasa.

No considero que haya una interpretación correcta; no obstante, pienso que hay intervenciones que resuenan más de acuerdo con la experiencia emocional y las necesidades mentales que otras. Es un problema que tiene que ver más con los acordes musicales y el fruto armonioso en una bella composición que con categorías de exactitud.

Otro de los dilemas es saber cuándo se están construyendo o develando contenidos. Éste es un punto nodal, como he venido explicando, en pacientes como Enrique. Hay un vaivén constante, por ejemplo, cuando en la sesión aludo a los motores del barco que están fuera en relación con su sensación de estar excluido. Evidentemente, me apoyo en una teoría que me mantiene atenta sobre ese punto; también me guía el registro emocional que tengo de su prisa por entrar y la sensación de invasión con la que quedo. No pienso que él haya intentado plasmar figurativa y metafóricamente su vivencia de exclusión en el dibujo; me parece que soy yo quien le otorga sentido, la que ofrece un posible significado a esa producción.

Éste es un punto otra vez incierto: con pacientes graves en quienes las fallas estructurales tienen el efecto de generar un déficit en el pensamiento, no queda duda de que apremia fortalecer el andamiaje simbólico. Sin embargo, no se puede tener una certeza de cuándo se está constituyendo una nueva significación; la única posibilidad es verlo retroactivamente, a través del enriquecimiento generalizado que esto proporciona a la personalidad. Tal como en el caso de pacientes psicosomáticos, el beneficio del análisis se observa cuando el paciente se da cuenta de que hace tiempo no cae enfermo.

Recapitulando, ¿cuáles son los campos que conforman la personalidad? ¿Qué se encuentra en cada uno de ellos? ¿Cómo se piensa el desarrollo mental tomando esta idea en cuenta?

Gracias al estudio sobre los trastornos severos se abre la posibilidad de entender la mente de una manera cada vez más compleja. En estos casos se observa que predomina una disfunción, una falla en la estructura psíquica, producto de un deterioro en las relaciones objetales. Sin embargo, los conflictos de orden neurótico, como la rivalidad, la comparación o los celos, suelen estar presentes, se potencian y superponen con los aspectos psicóticos del carácter.

Asimismo, se observa que en personalidades predominantemente neuróticas también tienen lugar fenómenos de tipo no neurótico. Hay una dimensión que no es exclusiva de las patologías severas. Conceptos como los *supuestos básicos*, el *área psicótica de la mente*, la *pseudonormalidad*, la *barrera autista* en pacientes neuróticos o el *paciente heterogéneo*, entre otros, llevan a pensar cómo puede haber un entretreído de distintos niveles de funcionamiento mental en una misma persona.

La estructura de la personalidad abarca un amplio espectro que puede englobar tanto al conflicto como a los desórdenes en relación con el déficit simbólico. El paciente no es el mismo niño que sufrió la privación o carencia ambiental; hay un entramado caracterológico de aspectos que complican el abordaje, incluso de las áreas más necesitadas.

Globalmente, es posible distinguir tres campos que confluyen en la personalidad:

1. El campo de las representaciones simbólicas más elaboradas. Es el área donde se expresa lo edípico, también, por lo tanto, lo neurótico y es retomado por la teoría psicoanalítica tradicional del conflicto.

2. El campo de lo arcaico, donde las representaciones primitivas predominan. Es el espacio donde se puede encontrar lo denominado por distintas teorías como preedípico o edípico temprano y donde el vínculo diádico y los objetos parciales prevalecen.
3. El espacio del déficit simbólico. Es un área que, aun en un individuo saludable, puede hacer su aparición a manera de una enfermedad física, de un estado confusional frente a un impacto emocional o de un funcionamiento social mimético, entre otros.

En general, uno de estos campos tiene primacía, mientras que los otros persisten y mantienen una interrelación donde se influyen entre sí dinámicamente. La personalidad no es una expresión pura de uno solo de estos campos, sino un entramado de ellos.

El desarrollo mental del paciente en el tratamiento depende de que el analista pueda discriminar finamente la presencia de cada campo en la sesión e intervenir técnicamente con los matices que cada una de estas áreas requiere: dentro del primer campo, las fantasías son consistentes, es posible y necesario traducirlas en términos verbales. La interpretación clásica es la herramienta fundamental.

En el campo de lo primitivo, las fantasías suelen expresarse en términos preverbales y paraverbales; el nivel de desarrollo simbólico es menos elaborado que en el edípico. Sin embargo, es posible acceder a representaciones. Para aproximarse a este nivel, el analista utiliza su intuición y observa con detalle los aspectos que rodean al contenido del material; está alerta ante las actitudes, el tono de voz y los movimientos del paciente.

Las cualidades emocionales del analista son siempre importantes, y más aún, indispensables frente al segundo y tercer campos. Cuando lo diádico predomina, es frecuente que las palabras sean tomadas como enlace sensorial, como una forma de contacto. Las interpretaciones en esta situación muchas veces se dirigen al estado mental del paciente y a la forma de utilizar el lenguaje.

En el campo del déficit simbólico no hay fantasía. Esta área también es arcaica y precoz, pero, a diferencia de la preedípica o edípica temprana, no hay contenidos psíquicos a traducir en términos verbales. La característica fundamental es la ausencia. Las funciones mentales, la imaginación activa y la creatividad del analista son esenciales en este terreno para edificar una vida de fantasía. La actividad interpretativa se mantiene, pero cambia de matiz: la finalidad ya no es el desciframiento, sino la construcción de sentidos.

Subrayo, finalmente, que en esta lectura se utilizan los conceptos de una manera flexible, se toman las nociones no forzando su precisión sino encontrando los puntos de contacto con otras ideas. La epistemología contemporánea autoriza lo que en otra época hubiera representado una imprudencia científica. Se extiende el sentido de los términos en un intento por refinar la clínica y la técnica.

NOTAS

¹ Algunos conceptos presentados en este apartado son retomados en el artículo “Campos de la personalidad. Arte y estrategia en la interpretación”, presentado en el XLVII Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional

(Ortiz, 2011).

² Propongo una tesis donde coexisten procesos que generalmente en la teoría psicoanalítica están aislados o son excluyentes. Es un modelo de la mente en que se emplean los conceptos de una manera flexible, en que se toman las nociones sin forzar su precisión, sino encontrando los puntos de contacto con otras ideas. Parto de un punto de vista complejo, de una epistemología plural donde es válido el intento de la integración teórica.

³ En algunos casos, el desciframiento interpretativo se orienta a nombrar aquello intersubjetivo que aparece en la patología como blanco, como vacío simbólico, mortífero, y que está entrelazado a lo inconsciente parental.

⁴ En el caso de pacientes autistas, el trabajo con las áreas presimbólicas —el vacío mental— conduce, en el mejor de los casos, a la eclosión de fantasías primitivas. Mariana Osorio comparte la experiencia clínica con un niño autista, su intensa contratransferencia y el movimiento que observa en el paciente hacia una vida de fantasía: “Me inunda una impresión triste y angustiosa de haberme convertido en un objeto a su lado. Frente a su indiferencia, frente al nulo reflejo de mi persona, de mi presencia en su rostro, tengo la ominosa sensación de haber desaparecido. Me da la espalda, ataca cualquier posibilidad de comunicación, de contacto. [...] Sobrepuerta del impacto inicial me dirijo a J por su nombre —elijo el primero, pues intuyo que el segundo (heredado de un bebé —tío— muerto al nacer) estará impregnado de afectos mortíferos— y busco las palabras que le hagan saber que reconozco en él a un interlocutor válido. Le digo lo que sé de su historia, le doy una caja donde guardar sus cosas. [...] Frente a su propia imagen que no para de mirar frente al espejo... *hablatea* como si garabateara con la voz: sonidos imprecisos que parecieran tener una intención. Le he entregado, como a cualquiera de mis pacientes, una caja vacía, en blanco, para que se la apropie: al fin lo hace. [...] Más adelante, llegará a decir: *Yo soy un lobo*. Pienso que estas fantasías devoradoras surgen como símbolos de una experiencia de destructividad presente en su realidad psíquica. [...] Le resultará difícil reconocerse como un ser humano con capacidad de palabra. Sin embargo, varias veces lo descubro frente al espejo repitiendo sin cesar: *yo-tú, yo-tú*. Ahora la visión del otro especular le permite sostener algo de sí. [...] Nombro sus experiencias. Le doy cuentas de haber recibido sus mensajes. Él ahora sonríe, incluso ríe y por supuesto con frecuencia, llora. [...] Estamos a tres años de haber dado inicio al tratamiento y J muestra un rostro vivo, sonríe al entrar y a veces me da un beso. Dice su nombre completo en el interfono” (2010).

⁵ Paciente presentado por Eduardo González, a quien agradezco compartir el material.

⁶ Invito al lector a repasar el fragmento anterior con la finalidad de obtener una visión completa del caso.

⁷ Deseo recordar que la forma en que un analista describe el contenido de sus interpretaciones es distinta al modo de comunicación que se usa con el paciente, donde se privilegia el uso del lenguaje coloquial y ordinario.

⁸ Término utilizado como sinónimo de gracioso.

⁹ Punto presentado en el apartado La comprensión ampliada del concepto de sexualidad, en el capítulo “La verdad, los tiempos del vínculo y la sexualidad”.

¹⁰ Bertha Loret explica claramente cómo con pacientes graves, con funcionamientos predominantemente psicóticos y autistas, largos periodos del tratamiento son dedicados a traducir en palabras manifestaciones conductuales que el analista no sabe bien qué significan: “Mi primera tarea es ponerle nombre a estas emociones indiferenciadas [...] sus deseos de ser protegida, sus temores y su desconfianza a los seres vivos, [...] tengo que intuir si está alegre o con miedo para traducirlo al lenguaje. En un principio no entiendo si está enojada o triste, pero al conocerla más, estos gritos resultan una comunicación primitiva para mí” (1991:102-103).

¹¹ Término corriente que alude a la confusión.

¹² En este nivel de comprensión aludo a autores como Kohut y Winnicott.

Dibujos

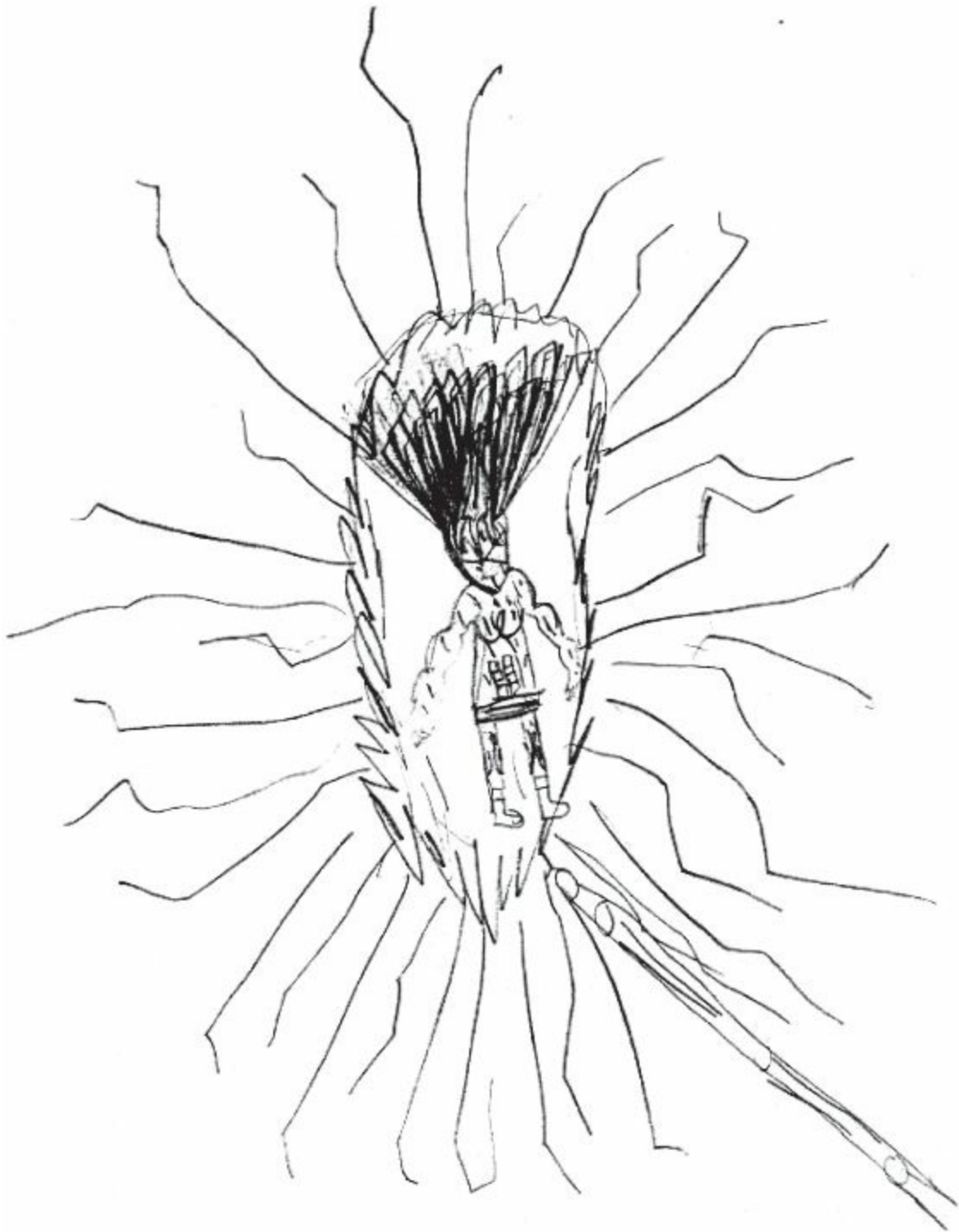
Dibujo A1



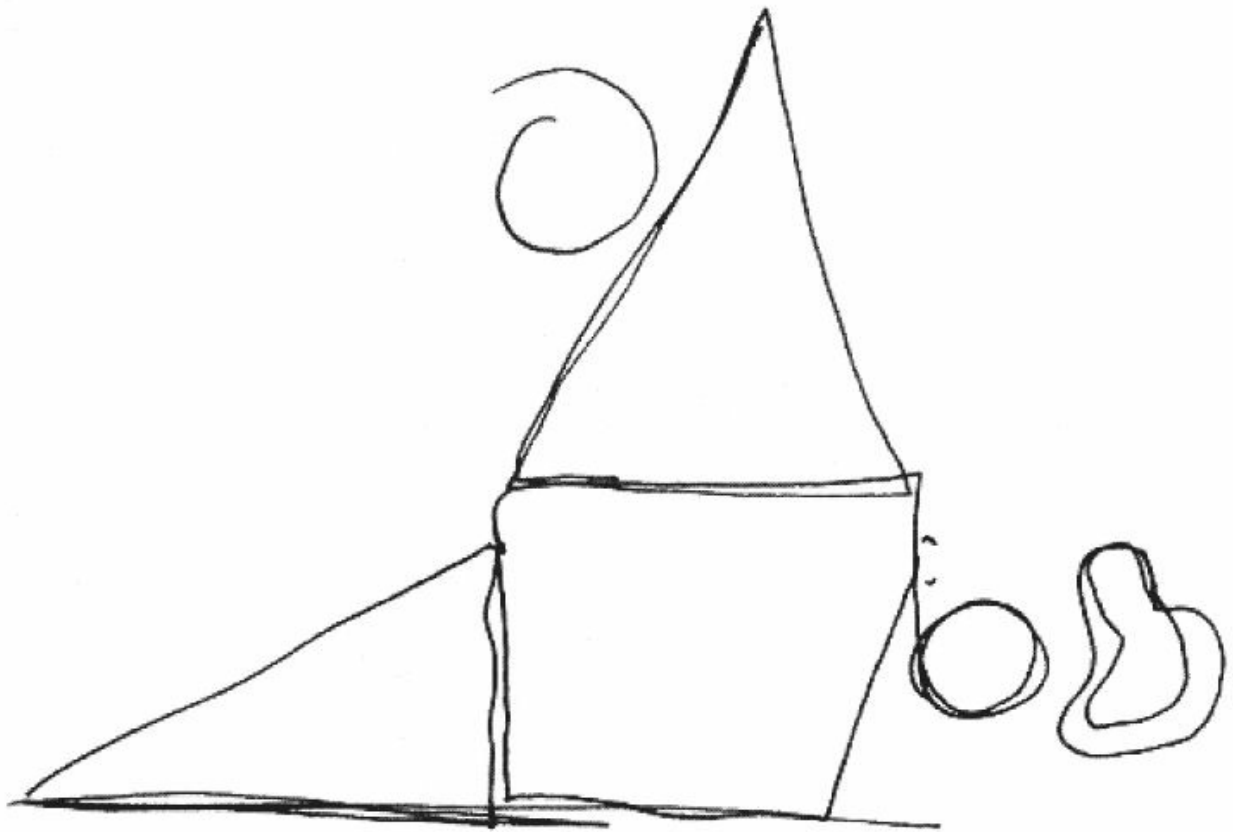
Dibujo A2



Dibujo A3



Dibujo B1, *El barco*



Dibujo B2, *Autos veloces*



Dibujo B3, *Robot*



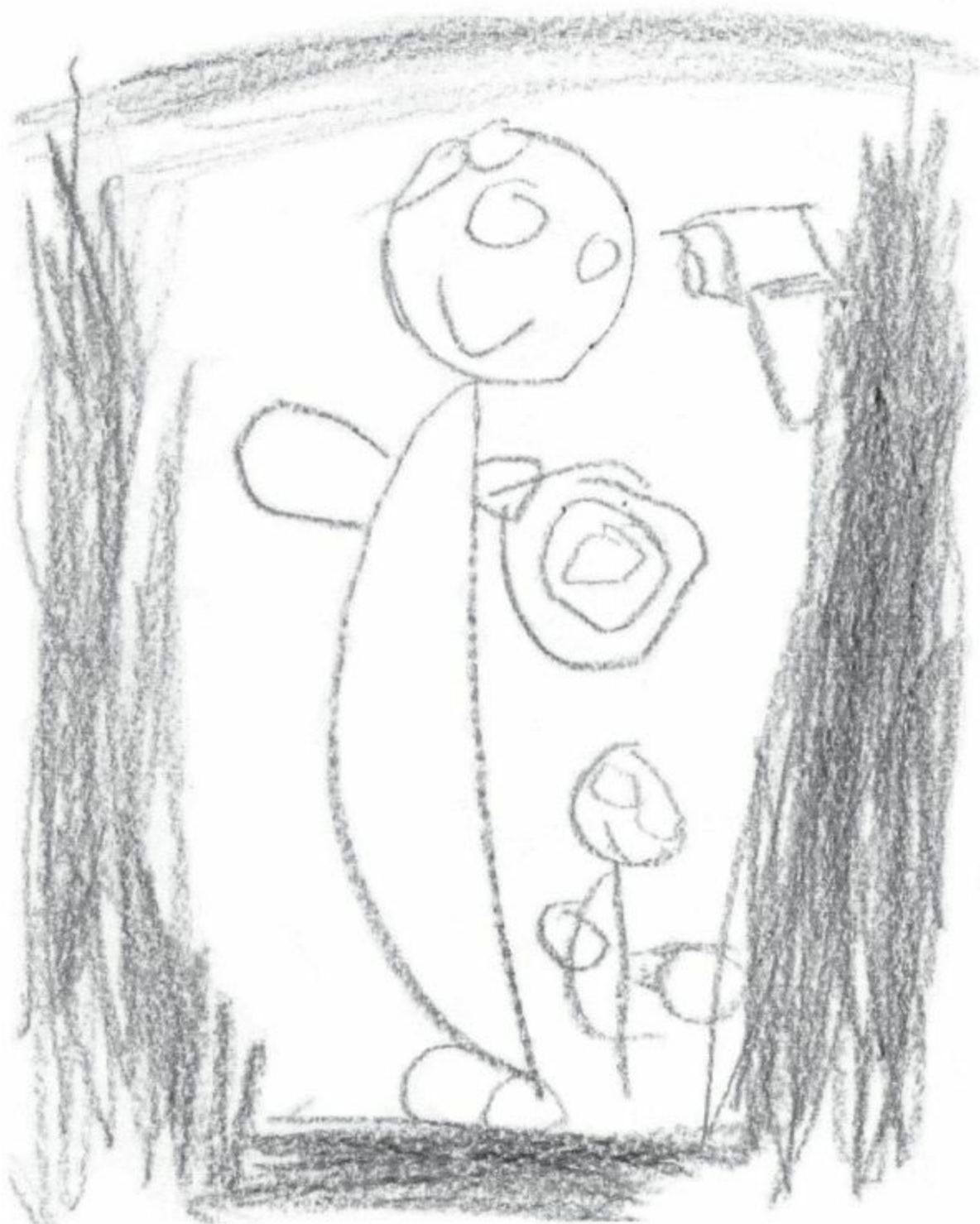
Dibujo B4, *Confusión*



Dibujo B5, *El club*



Dibujo B6, *Papá*



Dibujo B7, *Comida*



Bibliografía

- Aberastury, Arminda (1977), *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*, Buenos Aires, Paidós.
- Arlow, Jacob y David Beers (1974), "Fantasy and identification in empathy", *Psychoanalytic Quarterly*, 43:26-50.
- Balint, Michael (1968), *The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression*, Nueva York, Brunner-Mazel. En español: *La falta básica*, Buenos Aires, Paidós, 1982.
- Baranger, Williy y Madeleine Baranger (1966), "Insight in the analytic situation", en Langs, Robert (comp.), *Classics in Psychoanalytic Technique*, Londres, Jason Aronson, 1981.
- Bick, Esther (1968), "The experience of the skin in early object-relations", *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 49:484-486.
- Bion, Wilfred R. (1959), *Experiences in groups*, Londres, Tavistock. En español: *Experiencias en grupos*, Buenos Aires, Paidós, 1963.
- (1962), *Learning from Experience*, Londres, Heinemann. En español: *Aprendiendo de la experiencia*, Buenos Aires, Paidós, 1975.
- (1963), *Elements of Psycho-analysis*, Nueva York, Basic Books. En español: *Elementos de psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1966.
- (1965), *Transformations*, Nueva York, Jason Aronson. En español: *Transformaciones. Del aprendizaje al crecimiento*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1970.
- (1967), *Second Thoughts*, Londres, Heinemann. En español: *Volviendo a pensar*, Buenos Aires, Paidós, 1970.
- (1967a), "Notes on memory and desire", *The Psychoanalytic Forum*, II, 3.
- (1970), *Attention and Interpretation*, Nueva York, Basic Books. En español: *Atención e interpretación*, Buenos Aires, Paidós, 1974.
- (1982), *The Long Week-end 1897-1919*, Oxford, Fleetwook Press. En español: *El largo fin de semana, 1897-1919*, Valencia, Promolibro, 1997.
- Bird, Brian (1972), "Notes on transference: universal phenomenon and hardest part of analysis", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 20:267-301.
- Blanck-Cerejido, Fanny (1996), "Algunas consideraciones acerca de la contratransferencia", *Estudios sobre psicosis y retardo mental. El equipo interdisciplinario ante la psicosis y el retardo infantil*, México, Revista AMERPI, vol. 1.
- Bleger, José (1967), "Psycho-analysis of the psycho-analytic frame", *International Journal of Psycho-Analysis*, 48:511-519. En español: "Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico", *Revista de Psicoanálisis*, vol. 24:241-258. También en *Simbiosis y ambigüedad*, Buenos Aires, Paidós, 1989.
- (1974), "Schizophrenia, autism, and simbiosis", *Contemporary Psychoanalysis*, 10:19-25. En español: véase *Simbiosis y ambigüedad*, Buenos Aires, Paidós, 1989.
- Bleichmar, Hugo (1997), *Avances en psicoterapia psicoanalítica: hacia una técnica de intervenciones específicas*, Buenos Aires, Paidós, 2005.
- Bleichmar, Norberto (2003), Introducción al taller "Reflexiones críticas sobre una tradición", México, inédito.
- Bleichmar, Norberto y Celia Lieberman (1989), *El psicoanálisis después de Freud*, México, Paidós.
- Borges, Jorge Luis (1949), "La escritura del Dios", *El Aleph*, México, Emecé, 1989.
- Curtis, Homer (1983), "The search of the self: selected writings of Heinz Kohut, 1950-1978", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31:272-285.
- (1985), "Clinical perspectives on self psychology", *Psychoanalytic Quarterly*, 54:339-378.
- Chemama, Roland (1995), *Diccionario del psicoanálisis*, Buenos Aires, Amorrortu, 2002.
- Delgado, Celia (1999), "Las barreras o núcleos autistas en pacientes neuróticos. Discusión sobre un caso de un púber con fobia escolar", *Estudios sobre psicosis y retardo mental. Juego y procesos de subjetivación*, México, Revista AMERPI, vol. 4.
- Deutsch, Helen (1942), "Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia", *Psychoanalytic Quarterly*, 11:301-321.
- Dolto, Françoise (1981), *Au jeu du dire*, París, Senil. En español: *En el juego del deseo*, México, Siglo XXI

- Editores, 1983.
- Duarte, Martha (2005), "Lo pensable, lo impensable", *Cuadernos de psicoanálisis*, 38:16-22.
- Erikson, Erik (1959), *Identity and the Life Circle*, Nueva York, International University Press.
- Espíndola, Gabriel (2002), *Tiempos de un inconsciente freudiano*, México, Toledo-Safar.
- Etchegoyen, Horacio (1986), *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.
- Fabre, Ana María (1996), "Algunos problemas inherentes al trabajo con pacientes psicóticos", *Estudios sobre psicosis y retardo mental. El equipo interdisciplinario ante la psicosis y el retardo mental infantil*, México, Revista AMERPI, vol. 1.
- Fairbairn, W. Ronald D. (1952), *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Londres, Tavistock.
- Fogel, Gerald (1987), "Self Psychology and the Humanities: Reflections on a New Psychoanalytic Approach", *International Journal of Psychoanalysis*, 68:555-559.
- Freud, Sigmund (1893), "Estudios sobre la histeria", *Obras completas*, vol. II, Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
- (1900), "La interpretación de los sueños", *Obras completas*, vol. V, Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
- (1905 [1901]), "Fragmentos de un caso de histeria", *Obras completas*, vol. VII, Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
- (1909), "A propósito de un caso de neurosis obsesiva (El "Hombre de las ratas")", *Obras completas*, vol. X, Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
- (1914), "Recordar, repetir y reelaborar", *Obras completas*, vol. XII, Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
- (1915 [1914]), "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia", *Obras completas*, vol. XII, Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
- (1914), "Introducción al narcisismo", *Obras completas*, vol. XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
- (1916), "Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico", *Obras completas*, vol. XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
- (1924), "El problema económico del masoquismo", *Obras completas*, vol. XIX, Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
- (1926 [1925]), "Inhibición, síntoma y angustia", *Obras completas*, vol. XX, Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
- (1933 [1932]), "Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis", *Obras completas*, vol. XXII, Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
- (1937), "Construcciones en el análisis", *Obras completas*, vol. XXIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
- (1940 [1938]), "Esquema del psicoanálisis", *Obras completas*, vol. XXIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
- Gay, Peter (1988), *Freud. A Life of Our Time*, Nueva York, Norton and Co. En español: *Freud. Una vida de nuestro tiempo*, Buenos Aires, Paidós, 1989.
- Gedo, John (1980), "Reflections on Some Current Controversies in Psychoanalysis", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 28:363-383.
- Gill, Merton (1979), "The Analysis of the Transference", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27(S):263-288.
- Gitelson, Maxwell (1958), "On ego distortion", *International Journal of Psycho-Analysis*, 39:245-246.
- Glover, Nicola (1998), "Psychoanalytic Aesthetics: The British School. The Legacy of Wilfred Bion". Disponible en <human-nature.com/free-associations/glover/chap4.html>, consultado en 2010.
- Goetschy, Catherine (2008), "El superyó en la teoría analítica", tesis doctoral, México, Centro Eleia, Actividades Psicológicas.
- Goldberg, Arnold (1993), "Sexualization and desexualization", *Psychoanalytic Quarterly*, 62:383-399.
- Green, André (1972), *On Private Madness*, Londres, Hogarth Press. En español: *De locuras privadas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1990.
- (1973) *Le discours vivant. La conception psychanalytique de l'affect*, París, PUF. En español: *El discurso viviente. Una concepción psicoanalítica del afecto*, Valencia, Promolibro, 1973.
- (1977), "Conceptions of affect", *International Journal of Psycho-Analysis*, 58:129-156.
- (1983), *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, París, Minuit. En español: *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, Buenos Aires, Amorrortu, 1986.
- (1997), *Les chaînes d'Éros. Actualité du sexuel*, París, Éditions Odile Jacob. En español: *Las cadenas de Eros*, Buenos Aires, Amorrortu, 2002.
- (comp.) (2007), *Resonance of Suffering. Countertransference in Non-neurotic Structures*, Londres, International Psychoanalytical Association.
- Greenacre, Phyllis (1954), "The Role of Transference-Practical Considerations in Relation to Psychoanalytic

- Therapy”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2:671-684.
- Greenson, Ralph R. (1960), “Empathy and its Vicissitudes”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 41:418-424.
- (1971), “The ‘real’ relationship between the patient and the psychoanalyst”, en Langs, Robert (comp.), *Classics in Psychoanalytic Technique*, Londres, Jason Aronson, 1981.
- (1972), “Beyond transference and interpretation”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 53:213-217.
- Grinberg, León (1962 [1956]), “On a Specific Aspect of Countertransference Due to the Patient’s Projective Identification”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 43:436-440. En español: “Sobre algunos problemas de técnica psicoanalítica determinados por la identificación y contraidentificación proyectiva”, *Revista de Psicoanálisis*, vol. 13:507-511.
- Grinberg, León, Darío Sor y Elizabeth Tabak (1991 [1972]), *Nueva introducción a las ideas de Bion*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Haynal, André (1993), *Psychoanalysis and the Sciences: Epistemology-History*, Los Ángeles, University of California Press.
- (1988), *The Technique at Issue*, Londres, Karnac.
- Heimann, Paula (1950), “On counter-transference”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 31:81-84.
- Islas, Carmen (2007), “Mesas clínicas”, *Clínica psicoanalítica: inconsciente y transferencia*, Jornadas clínicas del Centro Eleia, México, Centro Eleia, Actividades Psicológicas.
- Joseph, Betty (1985), “Transference: the total situation”, *The International Journal of Psycho-Analysis*, 66:447-454.
- Kernberg, Otto (1965), “Notes on countertransference”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13:38-56.
- (1970), “Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18:51-85.
- (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Nueva York, Jason Aronson. En español: *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, Buenos Aires, Paidós, 1985.
- Killingmo, Bjørn (1986), “Conflict and deficit: implications for technique”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 70:65-79.
- Klein, Melanie (1928), “Early stages of the Oedipus conflict”, *Love, Guilt and Reparation and Other Works*, Londres, Hogarth Press. En español: “Estadios tempranos del complejo de Edipo”, en *Amor, culpa y reparación*, Buenos Aires, Paidós, 1987.
- (1929), “Personification in the play of children”, *Love, Guilt and Reparation and Other Works*, Londres, Hogarth Press. En español: “La personificación en el análisis de los niños”, en *Amor, culpa y reparación*, Buenos Aires, Paidós, 1987.
- (1930), “The importance of symbol-formation in the development of the ego”, *Love, Guilt and Reparation and Other Works*, Londres, Hogarth Press. En español: “La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo”, en *Amor, culpa y reparación*, Buenos Aires, Paidós, 1987.
- (1932), *The Psycho-analysis of Children*, Londres, Hogarth Press. En español: *El psicoanálisis de niños*, Buenos Aires, Paidós, 1987.
- (1935), “A contribution to the psychogenesis of maniac-depressive status”, *Love, Guilt and Reparation and Other Works*, Londres, Hogarth Press. En español: “Una contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos”, en *Amor, culpa y reparación*, Buenos Aires, Paidós, 1987.
- (1950), “On the criteria for the termination of a psychoanalysis”, *Envy and Gratitude and Other Works*, Londres, Hogarth Press. En español: “Sobre los criterios para la terminación de un psicoanálisis”, en *Envidia y gratitud y otros trabajos*, Buenos Aires, Paidós, 1987.
- (1957), “Envy and Gratitude”, *Envy and Gratitude and Other Works*, Londres, Hogarth Press. En español: “Envidia y gratitud”, en *Envidia y gratitud y otros trabajos*, Buenos Aires, Paidós, 1987.
- Kohut, Heinz (1971), *The Analysis of the Self. A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*, Nueva York, International University Press. En español: *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*, Buenos Aires, Amorrortu, 1989.
- (1979), “The two analysis of Mr. Z”, *International Journal of PsychoAnalysis*, 60:3-27. En español: *Los dos análisis del Sr. Z*, Barcelona, Herder, 2002.
- (1984), *How Does Analysis Cure?*, Chicago, University of Chicago Press. En español: *¿Cómo cura el psicoanálisis?*, Buenos Aires, Paidós, 1986.
- Kuhn, Thomas (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, University of Chicago Press.

- Lacan, Jacques (1966 [1953]), "Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse", *Écrits*, París, Senil. En español: "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis", *Escritos 1*, México, Siglo XXI Editores, 1984.
- (1966 [1957]), "L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud", *Écrits*, París, Senil. En español: "La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud", *Escritos 1*, México, Siglo XXI Editores, 1984.
- (1966 [1958]), "La direction de la cure et les principes de son pouvoir", *Écrits*, París, Senil. En español: "La dirección de la cura y los principios de su poder", *Escritos 2*, México, Siglo XXI Editores, 1984.
- (1966 [1960]), "Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano", *Escritos 2*, México, Siglo XXI Editores, 1984.
- Langs, Robert (comp.) (1981), *Classics in Psychoanalytic Technique*, Londres, Jason Aronson.
- Laplanche, Jean y Jean Baptiste Pontalis (1968), *Vocabulaire de la psychanalyse*, París, PUF. En español: *Diccionario de psicoanálisis*, Barcelona, Labor, 1983.
- Leiberman, Celia (2004), "Taller sobre técnica psicoanalítica", México, inédito.
- y Norberto Bleichmar (2001), *Las perspectivas del psicoanálisis*, México, Paidós.
- Litmanovich, Juan Alberto (2004), "Repetición, transferencia y retorno", proyecto de tesis doctoral, México.
- Little, Margaret (1951), "Counter-transference and the patient's response to it", *International Journal of Psycho-Analysis*, 32:32-40.
- Loewald, Hans (1960), "On the therapeutic action of psycho-analysis", *International Journal of Psycho-Analysis*, 41:16-33.
- López, David (2004), *Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes*, México, Editores de Textos Mexicanos.
- Loret de Mola, Bertha (1991), "Reacciones contra transferenciales y evolución de las relaciones de objeto en el tratamiento de una niña autista", *Psicosis infantil y retardo mental*, México, AMERPI, 3:98-112.
- Marcuschamer, Eva (2006), "De la mirada de la madre a la mirada del analista", tesis doctoral, México, Centro Eleia, Actividades Psicológicas.
- Marty, Pierre (1980), *L'ordre psychosomatique*, París, Payot.
- y Michel de M'Uzan (1963), "La pensée opératoire", *Revue Française de Psychanalyse*, vol. 27, 1963.
- Marvin, Perry (1992), *An Intellectual History of Modern Europe*, Boston, Houghton Mifflin.
- Matarasso, Solange (2006), "Homenaje a Donald Meltzer", *Diálogos Clínicos en Psicoanálisis*, Jornadas XV Aniversario del Centro Eleia, México, Centro Eleia, Actividades Psicológicas.
- McDougall, Joyce (1972), "The anti-analysand in analysis", *Psychoanalysis in France*, Nueva York, International University Press.
- (1989), *Théâtre du corps*, París, Gallimard. En español: *Teatros del cuerpo*, Barcelona, Julián Yébenes.
- Meltzer, Donald (1967), *The Psycho-Analytical Process*, Londres, Heinemann. En español: *El proceso psicoanalítico*, Buenos Aires, Hormé.
- (1973), *Sexual Status of Mind*, Pertshire, Clunie Press. En español: *Los estados sexuales de la mente*, Buenos Aires, Kargieman, 1974.
- (1975a), "Adhesive Identification", *Contemporary Psychoanalysis*, 11:289-310.
- (1975b), *Exploración del autismo. Un estudio psicoanalítico*, Buenos Aires, Paidós, 1979.
- (1976), "The delusion of clarity of insight", *International Journal of Psycho-Analysis*, 57:141-146.
- (1978), *The Kleinian Development*, Londres, Roland Harris Educational Trust. En español: *Desarrollo kleiniano*, Buenos Aires, Spatia, 1990.
- (1978), "Routine and inspired interpretations. Their relation to the weaning process in analysis", *Contemporary Psychoanalysis*, 14:210-225.
- (1983), *Dream Life: A Re-examination of the Psychoanalytic Theory and Technique*, Londres, Karnac.
- (1989), *La aprehensión de la belleza*, Buenos Aires, Spatia.
- (1994), *Clastrum*, Buenos Aires, Spatia.
- (1998), *Adolescentes*, Buenos Aires, Spatia.
- Mitchell, Stephen y Aron, Lewis (1999), *Relational Psychoanalysis, The Emergence of a Tradition*, Londres, Analytic Press.
- Modell, Arnold (1976), "The 'holding environment' and the therapeutic action of psychoanalysis", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24:285-307.
- Moguillansky, Carlos (2006), "Suicidio", *Diálogos clínicos en psicoanálisis*, México, Centro Eleia, Actividades Psicológicas.

- Money-Kyrle, Roger (1978), *Collected Papers*, Londres, Clunie Press. Morin, Edgar (1984), *Ciencia con conciencia*, Barcelona, Anthropos.
- Oelsner, Roberto y Mirta Oelsner (1999), "Entrevista a Donald Meltzer", *Diálogos clínicos con Donald Meltzer*, Buenos Aires, APdeBA.
- Ortiz, Elena (2005), "Aportaciones a una teoría de la transferencia y la contratransferencia. Su lugar en el cambio psíquico", XLV Congreso de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, México.
- (2011), "Campos de la personalidad. Arte y estrategia en la interpretación", XLVII Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional, México.
- Osorio, Mariana (2010), "Escrituras desde el espejo: apuntes sobre un caso de autismo", XVII Jornadas AMERPI, *Trauma, depresión y duelo en las patologías graves del desarrollo*, México, inédito.
- Palacios, Agustín (1999), *Teoría de la técnica psicoanalítica. Caleidoscopio*, México, CEID, 2004.
- Pérez de Plá, Esperanza (1998), "Hallazgos y proyecciones de la investigación en el borde entre la psicosis y el retardo mental", *Estudios sobre psicosis y retardo mental. Una década en la psicosis y el retardo mental*, México, *Revista AMERPI*, vol. 3.
- (1999), "Sobre el saber callar, jugar e interpretar en el psicoanálisis con niños", *Estudios sobre psicosis y retardo mental. Juego y procesos de subjetivación*, México, *Revista AMERPI*, vol. 4.
- Puig, Marta (2009), "Sobre la adolescencia: perspectivas clásicas y actuales", tesis doctoral, México, Centro Eleia, Actividades Psicológicas.
- Quinodoz, Danielle (2001), "The psychoanalyst of the future. Wise enough to dare to be mad at times", *International Journal of PsychoAnalysis*, 82:235-248.
- Racker, Heinrich (1953 [1948]), "A contribution to the problem of counter-transference", *International Journal of Psycho-Analysis*, 34:313-324. En español: "Aportaciones al problema de la contratransferencia", *Revista de Psicoanálisis*, vol. 12:481-499; "La neurosis de contratransferencia", *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, cap. V, Buenos Aires, Paidós, 1960.
- (1957), "The meanings and uses of countertransference", *Psychoanalytic Quarterly*, 26:303-357. En español: "Los significados y usos de la contratransferencia", *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, cap. VI, Buenos Aires, Paidós, 1960.
- Rodríguez, María Isabel, "Lo preedípico: ¿Shiboleth del psicoanálisis clínico contemporáneo?", México, inédito.
- Roudinesco, Élisabeth y Michel Plon (1997), *Diccionario de psicoanálisis*, México, Paidós, 1998.
- Sandler, Joseph, Alex Holder, Maria Kawenoka, Hanna Engl Kennedy y Lily Neurath (1969), "Notes on some theoretical and clinical aspects of transference", *International Journal of Psycho-Analysis*, 50:633-645.
- Searles, Harold F. H. (1975), "The patient as therapist to his analyst", en Langs, Robert, *Classics in Psychoanalytic Technique*, Londres, Jason Aronson, 1981.
- Segal, Hanna (1962), "The curative factors in psycho-analysis", *International Journal of Psycho-Analysis*, 43:212-217.
- Serebriany, Reggy et al. (1995), *Diálogos clínicos con André Green*, Buenos Aires, APdeBA.
- Simpson, Penny (2000), *Heinz Kohut: His Enduring Influence Today*, Vancouver, Simon Fraser University.
- Strachey, James (1934), "The nature of the therapeutic action of psychoanalysis", *International Journal of Psycho-Analysis*, 15:127-159.
- Symington, Joan y Neville Symington (1996), *The Clinical Thinking of Wilfred Bion*, Londres, Routledge.
- Szasz, Thomas (1963), "The concept of transference", *International Journal of Psycho-Analysis*, 44:432-435.
- Tabak de Bianchedi, Elizabeth (1991), "Cambio psíquico: el devenir de una indagación", Congreso Asociación Psicoanalítica Internacional, Buenos Aires, 1991.
- Todorov, Tzvetan (2002), *Deberes y delicias*, Buenos Aires, FCE, 2003. Tower, Lucia (1956), "Countertransference", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4:224-255.
- Tubert-Oklander, Juan (2006), "El lugar del cuerpo en la teoría psicoanalítica", *El cuerpo y el psicoanálisis*, México, Editores de Textos Mexicanos.
- Tustin, Frances (1987), *Barreras autistas en pacientes neuróticos*, Buenos Aires, Amorrortu.
- (1990), *El cascarón protector de niños y adultos*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Velasco, Félix (2005), "Intersubjetividad y técnica psicoanalítica", *Cuadernos de Psicoanálisis*, 38:23-34.
- Valle, Yolanda del (2010), "Silencio y palabra. Punto de inflexión en un proceso psicoanalítico y su relación con la clínica del duelo", tesis doctoral, México, Centro Eleia, Actividades Psicológicas.
- Villaurrutia, Xavier (1938), "Nocturno en que nada se oye", *Nostalgia de la muerte*, México, Ediciones Coyoacán, 1995.
- Vives Rocabert, Juan (1996), "¿Cura el análisis?", *Subjetividad y Cultura*, México, vol. 7.
- (2004), *Psicoanálisis y posmodernidad*, México, Editores de Textos Mexicanos.

- Wiener, Ana María (2004), "Trabajando con sueños en el psicoanálisis contemporáneo", tesis doctoral, México, Centro Eleia, Actividades Psicológicas.
- Winnicott, Donald W. (1956), "On transference", *International Journal of Psycho-Analysis*, 37:386-388.
- (1959-1964), "La clasificación: ¿hay una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica?", *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Buenos Aires, Paidós, 1993.
- (1960), "Ego distortion and the true and false self ", *The Maturation Process and the Facilitating Environment*, Londres, Hogarth Press. En español: "La distorsión del yo en términos del *self* falso y verdadero", *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Buenos Aires, Paidós, 1993.
- (1962), "La integración del yo en el desarrollo del niño", *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Buenos Aires, Paidós, 1993.
- (1963), "El comunicarse y el no comunicarse que conducen a un estudio de ciertos opuestos", *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Buenos Aires, Paidós, 1993.
- (1971), *Realidad y juego*, Buenos Aires, Gedisa, 1990.
- Zaid, Gabriel (2003), "Citas acumulables", *Letras Libres*, México, año V, 52:46.
- Zapata, Mireya (2005), "Memoria del cuerpo sin sujeto, cuerpo sin deseo. Reflexiones en torno al cuerpo concentracionario y el psicoanálisis", XLV Congreso de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, México.

Acerca del autor

ELENA ORTIZ es doctora en Clínica Psicoanalítica por el Centro Eleia. En esta institución es parte del equipo de coordinación del Doctorado en Clínica Psicoanalítica, así como docente y supervisora en la Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica y en el Doctorado. Colaboradora en el libro *Las perspectivas del psicoanálisis*, publicado también por Paidós. Es miembro de la Asociación Mexicana para el Estudio del Retardo y la Psicosis Infantil, AMERPI; profesora en el Doctorado en Psicología Clínica de la Universidad Santa María la Antigua, Panamá, y en la Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica de la Universidad Marista en Mérida, Yucatán. Cuenta con más de 25 años de experiencia en clínica psicoanalítica en el trabajo con niños, adolescentes y adultos.

Portada: Ramón Navarro

Revisión técnica: Jaime del Palacio y María Isabel Rodríguez

Diseño de colección: Gustavo Macri

© 2011, Elena Ortiz Jiménez

Derechos reservados

© 2011, Editorial Paidós Mexicana, S. A.
Bajo el sello editorial PAIDÓS M.R.
Avenida Presidente Masarik núm. 111, Piso 2
Colonia Polanco V Sección
Delegación Miguel Hidalgo
C.P. 11560, Ciudad de México
www.planetadelibros.com.mx

Primera edición: agosto de 2011

ISBN: 978-607-7626-80-0

Primera edición en formato epub: diciembre de 2017

ISBN: 978-607-747-416-6

No se permite la reproducción total o parcial de este libro ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del *copyright*.

La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Arts. 229 y siguientes de la Ley Federal de Derechos de Autor y Arts. 424 y siguientes del Código Penal).

Si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra diríjase al CeMPro (Centro Mexicano de Protección y Fomento de los Derechos de Autor, <http://www.cempro.org.mx>).

Libro convertido a epub por Grafía Editores, SA de CV

TE DAMOS LAS GRACIAS POR ADQUIRIR ESTE EBOOK

Visita Planetadelibros.com y descubre una nueva forma
de disfrutar de la lectura

Regístrate y sé parte de la comunidad de Planetadelibros
México, donde podrás:

- ∞ Acceder a contenido exclusivo para usuarios registrados.
- ∞ Enterarte de próximos lanzamientos, eventos, presentaciones y encuentros frente a frente con autores.
- ∞ Concursos y promociones exclusivas de Planetadelibros México.
- ∞ Votar, calificar y comentar todos los libros.
- ∞ Compartir los libros que te gustan en tus redes sociales con un sólo click

Planetadelibros.com



EXPLORA

DESCUBRE

COMPARTE

Índice

Portadilla	4
Agradecimientos	9
Prólogo	11
Introducción	16
La jerarquía de la fantasía	20
Agresión y angustia	21
Edipo y superyó temprano	26
Vida psíquica, realidad y objetos internos	30
Teoría de las posiciones. Identificación proyectiva	31
Técnica y cambio psíquico	34
La verdad, los tiempos del vínculo y la sexualidad	38
Wilfred Bion: verdad, intuición e incertidumbre en el progreso emocional	38
Donald Meltzer: los tiempos del vínculo	44
La comprensión ampliada del concepto de sexualidad. Fragmentos de un caso	48
El lenguaje estructurante y el sujeto. Notas sobre la cura	58
El sujeto y el significante	59
Mecanismos del lenguaje, mecanismos del inconsciente	64
El sujeto de la enunciación	69
La escena analítica. El vínculo y el progreso emocional*	77
Origen y evolución del concepto de transferencia	77
Las fronteras de la realidad	79
Transferencia ampliada, transferencia implícita	83
Interacción-relación total	88
Contratransferencia	89
Encuadre: marco y vínculo	97
Clínica de los trastornos graves	105
Conflicto psíquico: el primer modelo explicativo del funcionamiento mental	105
Ambiente y déficit	108
Eslabones internos y externos en la constitución de las fallas estructurales	117
La interpretación y los recursos emocionales del analista	143
Regresión terapéutica y sostenimiento	143

La empatía, ¿un aspecto de peso o el elemento fundamental?	145
Puntos de argumentación y discrepancias en la técnica	147
Propuestas contemporáneas	152
Campos estructurales	165
Los campos estructurales y la técnica	165
La sexualidad en los trastornos graves de la personalidad	176
Cuerpo, vínculo y mente. Relato de una sesión	185
Dibujos	195
Bibliografía	211
Acerca del autor	217
Créditos	218
Planeta de libros	219