

**Celia Leiberman y
Norberto Bleichmar**



**Sobre el
psicoanálisis
contemporáneo**

**Celia Leiberman y
Norberto Bleichmar**



**Sobre el
psicoanálisis
contemporáneo**

 **PAIDÓS**

Sobre el psicoanálisis contemporáneo

Celia Leiberman Bleichmar
Norberto M. Bleichmar

 PAIDÓS®

índice

PRESENTACIÓN

CAPÍTULO 1

El psicoanálisis después de Freud. Actualizaciones

CAPÍTULO 2

Cambios en la técnica psicoanalítica actual

CAPÍTULO 3

El psicoanálisis francés contemporáneo. Ideas y comentarios

CAPÍTULO 4

La aportación intersubjetiva en psicoanálisis Contexto en el que surgen las nuevas teorías intersubjetiva y relacionalista

CAPÍTULO 5

Acerca del psicoanálisis relacionalista

Bibliografía

Acerca del autor

Créditos

Planeta de libros

*Dedicamos este libro
con profunda gratitud y afecto
a los maestros y alumnos
del Instituto Universitario Eleia.*

Presentación

Esta introducción tiene dos intenciones. Una es explicar a grandes rasgos las ideas principales o directrices del libro. La otra es justificar su existencia en el seno del psicoanálisis contemporáneo.

Por *psicoanálisis contemporáneo* entendemos lo que está sucediendo actualmente en teoría y clínica psicoanalíticas. En este libro hacemos un corte cronológico que fijamos de manera arbitraria, en los últimos veinte años.

Una razón práctica para determinar este lapso es que ya en 1989 escribimos *El psicoanálisis después de Freud*, donde presentamos y discutimos las teorías psicoanalíticas que consideramos más importantes hasta ese momento y estudiamos problemas epistemológicos del psicoanálisis, como el de la oposición entre naturaleza y cultura para explicar la etiología de las enfermedades mentales.

Luego, en 2001, en *Las perspectivas del psicoanálisis* analizamos temas como la importancia de la *metáfora cubista* para el estado teórico de la disciplina desde el punto de vista epistemológico y en la comprensión de la clínica, además de cuestiones sobre técnica, resultados de los tratamientos psicoanalíticos, su terminación, el movimiento psicoanalítico, lo psicosomático, el análisis de los sueños y las diferencias entre los diagnósticos médicos y psicoanalíticos.

Consideramos que es de interés general conocer lo sucedido en el psicoanálisis durante las últimas dos décadas, desde sus cambios teóricos y clínicos, las variaciones en la teoría del conocimiento, la propuesta de realizar en la terapia interpretaciones complejas y no unitarias, hasta llegar al análisis del movimiento psicoanalítico en la actualidad.

Lo ideal para quien lee estas páginas es que pudiese reunir lo publicado en *El psicoanálisis después de Freud* de 1989 y en *Las perspectivas del psicoanálisis* de 2001 con lo que ahora presentamos.

Veinte años es un período considerable en el que aparecen nuevas propuestas y se descartan otras. Además, dada la gran velocidad con la que circula la información en nuestra época, se ha incrementado la cantidad de artículos, libros y revistas sobre

muchos temas de psicoanálisis, por lo que resulta lógico pensar en una actualización.

En el psicoanálisis contemporáneo se registran avances, crisis de crecimiento, teorías que surgen y otras que ya casi no se usan, así como permanencias, cambios en la clínica y la emergencia de distintas situaciones socioculturales que inciden en su desarrollo.

A finales de los ochenta, se debatían las repercusiones epistemológicas de la hermenéutica y el positivismo en relación con la comprensión del psicoanálisis. Desde entonces, hemos acentuado nociones como la complejidad, la mente como un objeto infinito para el conocimiento, la incertidumbre, así como nuevos paradigmas filosóficos: ciertas ideas de la posmodernidad y lo inesperado o sobre la causalidad y la verdad.

En este libro expresamos nuestros puntos de vista y por lo tanto, sabemos que habrá coincidencias y discrepancias con colegas, amigos y alumnos sobre lo aquí expuesto. En este sentido, buscamos respetar dos principios para la elaboración de este libro: la claridad en la exposición y la sinceridad, sin caer en concesiones al narcisismo ajeno (esperemos que tampoco al propio) ni presentar una propuesta ofensiva. Aceptamos estas ideas por el momento, sabiendo que cambiarán con el tiempo.

Durante estos años hemos actualizado nuestro conocimiento sobre el pensamiento psicoanalítico contemporáneo. Un instrumento para ello fue la docencia en el Centro Eleia, particularmente en su Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica y en el Doctorado en Clínica Psicoanalítica, donde enseñamos casi todas las escuelas clásicas, modernas y contemporáneas. La docencia fue un eficiente sistema para presionar a la actualización, pues demandó la lectura de la mayor parte de las propuestas innovadoras.

Además, el crecimiento del Centro Eleia y la formación ya culminada de muchos maestros que preferían un pensamiento independiente en tal o cual dirección constituyeron un estímulo para la actualización, el diálogo y nuestra propia capacitación. Por eso manifestamos nuestro agradecimiento a los alumnos y maestros de esta institución académica.

No podemos dejar de mencionar este aporte para nuestro trabajo. Nombrarlos a todos es prácticamente imposible.

Tenemos una deuda especial con Solange Matarasso, Marta Puig, Ana María Wiener, Elena Ortiz, Sara Dweck, Gabriel Espíndola, Yolanda del Valle, Carmen Islas, Jorge Salazar, Catherine Goetschy y Graciela Magaril. Agradecemos también a la licenciada Erin Arana, nuestra inteligente y eficaz colaboradora académica, por su ayuda en la preparación de este libro.

Al igual que nuestras obras anteriores, *El psicoanálisis después de Freud* y *Las perspectivas del psicoanálisis*, este libro puede leerse de manera selectiva, eligiendo el capítulo que despierte mayor interés, o bien progresivamente, siguiendo la lectura en el orden en que se suceden las distintas temáticas tratadas.

La estructura de los capítulos es diferente entre sí. En unos expresamos únicamente

nuestras reflexiones, mientras que en otros presentamos primero una síntesis del pensamiento de un autor o escuela, seguida de una segunda parte con comentarios nuestros.

Una preferencia de los autores de este libro es la dedicación a la clínica psicoanalítica. Las teorías nos interesan en la medida en que pueden motivar interpretaciones nuevas o comprensiones diferentes de la psicopatología. No tenemos interés en el uso del psicoanálisis en relación con otras disciplinas, científicas o artísticas. En todo caso, estas últimas creaciones del espíritu nos atraen para entender más sobre los conflictos humanos, interpretarlos mejor o conocer novedades en técnica y psicopatología psicoanalítica en el proceso terapéutico.

El hecho de que nuestro trabajo institucional se relacione especialmente con la docencia en el Centro Eleia y que no actuemos orgánicamente en puestos dentro de instituciones psicoanalíticas satisface nuestro estilo emocional más privado y nos permite quizá comentar con mayor libertad, sin las interferencias sociales, amistosas o políticas que crean los vínculos institucionales.

Hemos tratado de que el estilo sea sencillo en su exposición porque así nos gusta pensar. Resulta positivo para comunicarnos con los diferentes tipos de lectores, algunos con más lecturas y experiencia clínica y otros en proceso de entrenamiento.

Puesto que la personalidad de cada uno de nosotros no es homogénea, y hay en ella diferentes aspiraciones, métodos y actividades (narcisistas, infantiles, creativas, adultas, etc.), entendemos que, siempre que sea posible, es preferible pensar, dialogar y discrepar en un clima reflexivo, atentos al principio de que al dar opiniones hacemos simplemente eso: expresar un punto de vista en el que creemos, no total, sino parcialmente. Sabemos que el camino a la verdad es infinito y que toda estación es, además de provisoria, incompleta. La mejor actitud mental, siempre lo hemos considerado así, es una combinación de curiosidad y algo de escepticismo. Esa dirección de pensamiento fue elogiada en el prólogo que escribió R. Horacio Etchegoyen en *El psicoanálisis después de Freud*, cuando habló de la pizca de escepticismo que hay en el libro y que es inherente a la disciplina del psicoanálisis. Toda teoría nace para luego dar paso a otra distinta.

Cuando surgen teorizaciones novedosas o nuevas generaciones de psicoanalistas existe una tendencia a ignorar o suprimir los conocimientos anteriores, así como las experiencias clínicas de autores clásicos. Por ejemplo, el desarrollo del movimiento lacaniano produjo el olvido o el rechazo —aunque no de manera total— de muchas aportaciones clínicas y teóricas de la que podríamos llamar *generación de los sesenta a los noventa*, que contempló conceptos psicopatológicos, clínicos o técnicos muy interesantes de analistas como Etchegoyen, Liberman, Grinberg (a quienes se descartó en muchos grupos por ser kleinianos) y tantos otros, sin mencionar a los autores clásicos,

como Abraham y Ferenczi. Por razones prácticas de tiempo, el analista tiende a estudiar una parte de los conocimientos psicoanalíticos, que son los que circulan en el momento, con lo cual se pierde mucha de la experiencia clínica acumulada.

Desde el pensamiento lacaniano se descarta todo lo que no es de Lacan o sus discípulos. Eso hace desaparecer el conocimiento y la experiencia clínica de diferentes escuelas.

En este libro deseamos hacer una actualización, mostrando lo contemporáneo en interacción con lo clásico. Insistimos en romper los estereotipos a los que conduce conocer solo el pensamiento de una escuela o autor, sea cual fuere, Bion, Green, Stolorow, Mitchell, Meltzer o cualquier otro. Creemos necesario evitar la segmentación. Además, para el psicoanalista resulta imprescindible estudiar a los clásicos, así como textos de psicopatología o psiquiatría que siempre sirven como orientación.

Un tema que sorprende en la enseñanza de la psicoterapia y el psicoanálisis es que luego de aprender varios años de Freud en los programas curriculares, se presenta en los alumnos la dificultad de aplicar esos conocimientos de manera adecuada en la interpretación con los pacientes y en el autoanálisis. Analizando colegas, incluso maestros de psicoanálisis, muchas veces se evidencia la fuerza de los mecanismos defensivos que impiden llegar a interpretaciones «no realistas» y, por lo tanto, solo preconscientes, del material propio o ajeno. Nos recuerda la idea del Freud de *análisis terminable e interminable*, cuando afirma que psicoanalizar, enseñar y gobernar son actividades casi imposibles. Nosotros subrayamos «casi» para matizar un poco la idea de «imposibles», pues muchas veces se consiguen excelentes resultados en esas tres actividades tan difíciles.

La unidad conceptual de esta obra se asienta en los pilares que, a nuestro juicio, son esenciales para el psicoanálisis: inconsciente, sexualidad, transferencia y contratransferencia, análisis de los sueños y mantenimiento de una técnica psicoanalítica depurada. Tenemos que esperar los resultados beneficiosos del método a través de la formulación de interpretaciones adecuadas de los conflictos, unidas a un dominio prolijo de la contratransferencia.

En el psicoanálisis actual estos temas son más discutidos que hace veinte años. En Estados Unidos las propuestas intersubjetivas y relacionistas, además de la difusión de la psicoterapia y los psicofármacos —bajo la presión de los seguros de salud—, afectaron significativamente la comprensión psicoanalítica de las categorías esenciales que mencionamos en el párrafo anterior.

No podemos afirmar que el auge de la psicoterapia psicoanalítica en detrimento del psicoanálisis más profundo sea algo contemporáneo. Seguramente comenzó hace muchos años, pero en este texto subrayamos el problema porque la docencia y la percepción del ejercicio de la terapia en general parecen indicar la prevalencia del estilo psicoterapéutico.

No se trata solo del número de sesiones, sino del tipo de interpretaciones que usa el terapeuta. Independientemente de la reducción de sesiones semanales, algunas veces notamos un detrimento de la técnica porque se registra bastante asimetría entre lo que se estudia, escribe o enseña y lo que en realidad se hace en un tratamiento.

En lo anterior es necesario diferenciar entre los conocimientos que se necesita adquirir por experiencia y las concesiones al conflicto. Se puede hacer psicoterapia y se puede hacer psicoanálisis. La profundidad, cantidad de cambios estructurales y modificaciones reales del carácter que se obtienen no permiten homologar los dos métodos. Es comprensible que con algunos pacientes sea más conveniente la psicoterapia que el psicoanálisis. También es cierto que la experiencia indica que cuanto más psicoanálisis sabe un terapeuta, mejor psicoterapia puede hacer. Creemos decididamente que, en cuanto a resultados a largo plazo, nada supera al psicoanálisis. A veces por motivos económicos o resistencias del paciente o del analista se prefiere hacer psicoterapia. Pero esto podría ser entendido simplemente como una de las variantes de la resistencia.

Durante más de cuarenta años los autores de este libro hemos podido ejercer predominantemente el psicoanálisis en diferentes países, Argentina primero y México después. Mantuvimos esta situación con independencia de crisis económicas nacionales, situaciones personales de los analizandos y otros factores reales.

Presiona mucho sobre el analista su tendencia a formar parte de la clase media acomodada, así como sus aspiraciones profesionales y económicas. Por estos motivos, tal como lo manifiestan con total claridad, algunos psicoterapeutas estadounidenses, se volcaron a atender treinta pacientes por día con entrevistas de 15 minutos en las que recetan psicofármacos (Gardiner, 2011).

En este texto buscamos insistir en lo fecundo y creativo que es el psicoanálisis. La interesante cantidad de teorías que lo componen, la inmensa potencialidad del método. También aportar algo para su mejor utilización y su mayor difusión.

En el trabajo de todos estos años, el foco de interés ha sido la atención de pacientes y el cambio clínico. Cada teoría contemporánea que presentamos, comentamos y discutimos está pensada en relación con la clínica, las mejorías que produce, los procesos que enlentece o deteriora y la utilidad que presta al trabajo terapéutico.

Algunas nociones son significativas en este libro: estudio de las diversas teorías con un criterio reflexivo y crítico, utilización de ideas de diferentes pensadores que nos parecen relevantes o atinadas, un pluralismo que no se transforme en hermenéutica (cualquier explicación vale mientras sea coherente) ni tampoco una postura ecléctica ingenua (creer que todo es cierto).

Los libros que precedieron a esta publicación tuvieron diversas recepciones. Se difundieron mucho entre estudiantes y colegas, aunque también suscitaron controversias con los que siguen una sola línea de pensamiento, por ejemplo lacanianos, kleinianos,

freudianos clásicos, que creen que su postura es la única correcta y las demás son incorrectas.

Dialogar no es sencillo, pero si no lo hacemos, el movimiento psicoanalítico no solo quedará más fragmentado, sino que perderá la oportunidad de reconocer y entender ideas importantes.

Nos parece sensato valorar la producción científica de la Psicología del yo, Lacan, Melanie Klein, Winnicott; la escuela fundada por Etchegoyen, Liberman y Grinberg; la obra de Laplanche, Green, Meltzer, Bion, Mitchell, por citar solo algunos y de manera un tanto espontánea o arbitraria.

Reconocer méritos de ideas no significa coincidir en todas las formulaciones, sino aprender a discriminar, pensar y debatir.

Nos gusta entender las motivaciones inconscientes como elementos complejos, por eso dedicamos un capítulo entero a las interpretaciones complejas. Esto implica que así como hay varias facetas de la personalidad, existen muchas interpretaciones posibles del material clínico en una red infinita de ellas. Se puede decir al paciente una o varias, dependiendo del estado mental de este y de la situación analítica. Por ejemplo, se puede escribir, estudiar y pensar por necesidades saludables, narcisistas, de rivalidad y envidia, de exhibicionismo, deseos económicos o de prestigio social, etc. Otro ejemplo: el sueño tiene muchos sentidos, se puede decir al paciente que uno interpretará algunos temas y no otros; o varios, si resulta adecuado, y aclarar que quedan abiertos otros significados.

Este enfoque presupone un paradigma no monocausal. Si alguien afirma que nosotros emigramos de Argentina a México por identificación con padres inmigrantes es parte de la verdad, pero no se pueden desconocer otras motivaciones. Así, se debe ofrecer al paciente nuevos sentidos explicativos en contextos diferentes.

Deseamos entonces subrayar, a pesar de la repetición, la dirección científica de este libro y de aquello que, desde 1982, venimos pensando acerca del psicoanálisis:

- a. Estudio de la mayor cantidad posible de teorías o esquemas referenciales, pensando pros y contras de cada uno.
- b. Una epistemología que se adapte al psicoanálisis, sin el positivismo total de las ciencias de la naturaleza ni la hermenéutica de las ciencias del espíritu o de la filosofía.
- c. La idea de que cada teoría es provisoria, dura un tiempo y luego será modificada total o parcialmente, olvidada o rechazada.
- d. Toda teoría tiene una parte de verdad, mas no toda la verdad ni solo la verdad.
- e. Los pacientes pueden mejorar usando diferentes esquemas referenciales.
- f. No tenemos, por el momento, sistema de validación alguno que sea certero para considerar que una teoría es mejor o peor que las demás. Tenemos creencias pero no certezas; preferencias pero no seguridad.

- g. La personalidad del analista es un factor clave en la evolución de un tratamiento.
- h. Es posible diferenciar la etiología de un conflicto emocional del criterio terapéutico con que se lo trata. Si la madre cometió errores por sus propios problemas, no podemos ser la madre que no tuvo el paciente, solo ayudarlo a reconceptuar su historia (Etchegoyen, 1986).

Los anteriores son puntos principales que guían este libro. Los capítulos actualizan el conocimiento de la etapa contemporánea del psicoanálisis manteniendo lo anterior como telón de fondo.

No resulta necesario volver a escribir sobre teorías o comentarios que hicimos en 1989 y 2001. Entre otros, Melanie Klein, ideas generales de los poskleinianos, Lacan, Psicología del yo, Mahler, Winnicott, los británicos, la obra de Kernberg y de Kohut.

Estamos satisfechos de haber estudiado tanto a autores con los que coincidimos como a otros con los que no, luego de hacerlo ya no somos los mismos.

Capítulo 1

El psicoanálisis después de Freud

Actualizaciones

Este capítulo trata de la actualización del libro que publicamos en 1989, *El psicoanálisis después de Freud*. En él presentamos las principales escuelas de psicoanálisis hasta ese momento, y analizamos sus aportaciones y dificultades. Dividimos cada teoría en una presentación de sus ideas, que buscaba la mayor objetividad posible, y un comentario, o sea un análisis crítico de sus ventajas y debilidades, que tendiera a la ecuanimidad. Globalmente, el texto sigue vigente, por lo menos para nosotros, en cuanto a la mayoría de los conceptos que escribimos.

El tema que ahora nos ocupa es lo sucedido en esta disciplina durante los últimos veinte años. En este momento, el psicoanálisis continúa siendo un conjunto de escuelas y autores, algunos de los cuales forman corrientes, como Lacan o Melanie Klein y sus discípulos; también Winnicott, cuyo pensamiento se mantiene y trasciende hasta la actualidad; los desarrollos de autores como Kohut y Kernberg en Estados Unidos; también en este país, los grupos intersubjetivo y relacionalista. Otros autores importantes no formaron escuela pero sus ideas gravitan dentro del movimiento y del ambiente psicoanalítico. Entre ellos se encuentran Wilfred Bion, Donald Meltzer, André Green y otros.

Empezaremos por tomar tres temas distintos. Uno, las teorías; otro, el movimiento psicoanalítico; por último, la epistemología del psicoanálisis. También hablaremos, aunque brevemente, sobre la clínica psicoanalítica. Cuánto puede haber cambiado en los últimos veinte años. De manera general, si bien sostenemos varios puntos de vista diferentes, nos mantenemos en una orientación parecida a la de *El psicoanálisis después de Freud*.

El estudio simultáneo de varias teorías psicoanalíticas siempre trae dificultades. Una de ellas es la confusión que se produce cuando se contempla un hecho clínico desde la perspectiva de Freud, de Lacan, de Bion, y así sucesivamente. Otro problema es el

tiempo que implica la lectura, ya que se trata de una tarea que requiere mucho trabajo, y en algunos casos produce ansiedad en los estudiantes. Ellos suelen buscar la mayor certeza posible y un programa muy definido que los instruya: ante este caso se enseña determinada estrategia terapéutica y una teoría que la explique. Cuando reciben varias alternativas de explicación, esto los incomoda un poco porque en general estamos entrenados para pensar de una manera bastante positivista. Nos cuesta mucho adentrarnos en una disciplina que es diferente y en la que tenemos posibilidad de pensar las cosas desde muchos puntos de vista. Esto ocurre, como bien piensa Meltzer, por la doble complejidad del objeto de estudio, la mente humana, y por lo limitado e impreciso del sistema de notación que utilizamos. Más adelante, en el capítulo 2, explicaremos en detalle este tema con distintos términos de la técnica psicoanalítica. Cada paciente es único y sus síntomas desbordan el diagnóstico. Cada analista es, en lo teórico y en lo clínico, único, y supera con sus formulaciones a las teorías que parecen guiar su pensamiento.

Supongamos que atendemos un paciente que es bastante promiscuo. Le gusta ir a la iglesia y hacer señas como en código Morse a una mujer casada. Se pone de acuerdo con ella en la hora en que se encontrarán en un hotel. Se puede utilizar la teoría freudiana: pensar que él se manifiesta en rebeldía contra el padre-sacerdote, desafiándolo en una actividad incestuosa, vinculándose con una mujer casada y madre. Es una buena explicación. Se puede usar una comprensión lacaniana y decir que algo que produce goce en los seres humanos es transgredir la ley, a la que Lacan llama *el gran otro*, desafiarla y convertirse uno en la ley. Otro analista puede utilizar ideas kleinianas: el paciente realiza una escena primaria escondida e incestuosa donde la exclusión abarca desde el marido hasta, maníacamente, todos los que están en ese lugar. El paciente relata que se masturba con la fantasía consciente de que dos hombres penetran a una mujer simultáneamente, uno por el ano, otro por la vagina. En este caso pueden resultar útiles ideas de Freud o de Melanie Klein, donde el modelo explicativo es papi y el hijo dentro del cuerpo de mami utilizando distintos orificios. El psicoanálisis es una disciplina diferente a la biología o la química. No puede ser totalmente positivista. Tenemos que saber que estamos navegando con explicaciones alternativas cada vez diferentes, progresivas, siempre interesantes, más imaginativas. Así se amplía nuestro repertorio de comprensión.

Sí se han producido cambios teóricos en los últimos veinte años dentro del psicoanálisis. La evaluación del resultado depende de quién lo afirme. Para algunos, los cambios significan una revolución psicoanalítica. Existen analistas estadounidenses intersubjetivistas y relacionistas, de los que nos ocuparemos en capítulos posteriores, que piensan en un nuevo paradigma analítico superior al freudiano.

Entre estas modificaciones actuales del psicoanálisis se encuentra, por lo tanto, el surgimiento de las escuelas intersubjetiva y relacionista. La Psicología del yo de los

cincuenta y sesenta casi desapareció; la encabezaban sobre todo Hartmann, Kris, Loewenstein y también Anna Freud. Actualmente hay muchos menos psicólogos del yo, quienes se denominan a sí mismos *freudianos contemporáneos*. También desapareció el grupo mahleriano. Si uno va a un congreso de psicoanálisis o lee bibliografía psicoanalítica, encontrará muy pocos libros o trabajos que citen a la Psicología del yo o a Margaret Mahler. De *El psicoanálisis después de Freud* de 1989, probablemente tendríamos que cambiar o quitar esos dos capítulos. Sin embargo, creemos que sigue siendo valioso leerlos porque la historia del psicoanálisis es interesante y permite reconocer los cambios y evoluciones. Lo que hoy nos parece más acertado dentro de diez años cambiará. De Mahler queda la idea de simbiosis. La aplicamos y resulta muy útil en una situación clínica frecuente: mujer de aproximadamente 45 años, consulta porque falleció su madre de 90 años, ella está desesperada, deprimida, no puede pensar por su cuenta. Nunca se casó, vivió con la madre, y ahora que no está, no sabe qué hacer con su vida, no puede dormir, tiene una crisis de confusión y ansiedad. Vivió en una *simbiosis*. Seguimos utilizando este término creado por Mahler descriptivamente en hechos clínicos que vemos con relativa frecuencia.

Una actualización de la clínica y la teoría psicoanalítica contemporánea puede leerse en la erudita obra de Elena Ortiz (2011) *La mente en desarrollo*. La autora revisa la situación actual de la disciplina, cada una de las tendencias principales y la incidencia de esos cambios teóricos en la clínica.

Debemos establecer la diferencia entre hablar de psicoanálisis y hacer psicoanálisis (Bion). Es muy distinto lo que sucede cuando uno lee un libro respecto de lo que se vive al participar en una sesión psicoanalítica. Cuando revisamos una teoría trabajamos en un plano simbólico, con mayor o menor grado de abstracción. Pero cuando estamos con un paciente, participamos en un vínculo emocional, que es totalmente distinto de la discusión teórica. Algunos autores piensan que lo que todos los psicoanalistas hacen con los pacientes, en realidad es muy semejante, pese a que usen teorías muy distintas. Están tratando de explicarles problemas inconscientes, los sueños, la comprensión de los vínculos que el paciente tiene con el terapeuta como repetición transferencial, idealización, sujeto supuesto saber, objeto *a*, su realidad psíquica. De manera que muchos analistas disminuyen el hiato que existe entre las teorías y la clínica, porque así encuentran más puntos de contacto. Otros son partidarios de que un psicoanálisis freudiano es totalmente distinto a uno kleiniano o de cualquier otra corriente, y a veces sucede, como en todos los vínculos humanos, que cada analista tiene una idea que toma como la única cierta. Así somos las personas, hasta que la realidad nos muestra que no teníamos tanta razón como creíamos. Pero queremos destacar que la idea de psicoanálisis es distinta cuando estamos con los pacientes. También la teoría que usa un analista es distinta de su personalidad, porque con buenas teorías y una mala disposición

se pueden hacer desastres. Existen situaciones en que con teorías incompletas o con información insuficiente y una personalidad comprometida se llevan a cabo tratamientos relativamente buenos.

En Estados Unidos, las escuelas relacionalista e intersubjetiva modificaron en parte la técnica psicoanalítica, lo que hoy es más tolerado. Algo que no pasaba en los noventa y ahora sí se acepta es el estudio de las emociones que experimenta el analista dentro de la sesión psicoanalítica. ¿Qué siente el terapeuta?, ¿qué fantasías tiene hacia el paciente? *Transferencia* y *contratransferencia* son términos más difundidos actualmente, al igual que *identificación proyectiva* o *relaciones de objeto tempranas*. Se puede afirmar que tanto Melanie Klein como Winnicott ahora tienen mayor influencia en el movimiento psicoanalítico que hace veinte años, aunque ya entonces sus ideas eran muy utilizadas.

Otro cambio durante este período es el desarrollo de lo que se llama el *estudio de las relaciones de objeto* en un sentido amplio. El papel del modelo pulsional freudiano de impulso y defensa como causa única de la psicopatología fue disminuyendo. La metapsicología freudiana de mediados de la década de 1910 y la de 1920 se reformuló, especialmente en la escuela francesa, o bien se abandonó, caso específico entre las escuelas estadounidenses, kleiniana y poskleiniana.

Actualmente se subraya mucho la importancia de las mencionadas relaciones de objeto, que se refieren al vínculo temprano de la madre con el bebé: madre ansiosa o tranquila, madre que quiere al bebé o que lo rechaza, las huellas que quedan en la mente de esos vínculos tempranos. De manera general, se pone énfasis en este concepto, cómo fue el vínculo con la madre real, sobre todo para comprender las patologías graves, ansiedades psicóticas o somatizaciones. Su consecuencia es un aumento en la interpretación de conflictos diádicos, como presencia/ausencia del objeto materno y, en la transferencia, la relación con el o la analista.

A partir de un caso, realizaremos algunos comentarios sobre las modificaciones técnicas registradas en la actualidad y cómo trabajamos.¹ Un analizando tiene una enfermedad en que los músculos se degeneran, pierden fuerza. Al paciente, un hombre joven de 35 años, le cuesta caminar, no puede hacer ejercicio como antes, tiene problemas para respirar. El médico le prescribe corticoides, con lo que disminuyen sus síntomas, pero es una enfermedad que resulta, no siempre o totalmente, progresiva y hasta fatal porque la respiración se vuelve deficiente debido a las lesiones que tienen, entre otros, los músculos respiratorios. El paciente cuenta ese día:

Me hice otra vez los análisis de sangre y salieron altas las enzimas (que miden cuánta inflamación existe en los músculos) y eso me hace sentir un poco mal. (Él dice: «un poco mal»). Ya no alcancé a hablar con el doctor porque vi los análisis tarde. Tuve un sueño anoche. Lo que recuerdo es que estaba con mi esposa, me queda claro que era ella —porque a veces no la identifico en los sueños— y me doy cuenta de que estamos en el aeropuerto. Yo cargo unas maletas muy pesadas. El aeropuerto es un caos por tanta gente y tantos vuelos, nos

cambian varias veces de avión y de puerta. Estamos en una fila lenta para hacer el *check in*, podemos perder el vuelo. Hay otra fila más rápida pero no nos corresponde a nosotros. Es de clase ejecutiva. Entonces yo hago trampa y me formo en esa fila, deposito mis maletas ahí donde las reciben y además están dando cajas de comida, yo tomo dos, una para mi esposa y otra para mí, pero la gente me mira mal.

Uno de los cambios en la técnica psicoanalítica de los últimos treinta o cuarenta años consiste en que el sueño ya no se interpreta principalmente como la expresión de un deseo sexual infantil o como una lucha entre pulsión y defensa. Seguramente esto sigue siendo así, pero en este caso es probable que el analista tome más en cuenta que el paciente viene sobrecargado por el resultado de los análisis de laboratorio y que está sufriendo mucho. Llega a la terapia con un peso enorme (las maletas pesadas) que quiere dejar en el mostrador de la clase ejecutiva (la mente del analista). Y lo que desea es contarle lo que le pasa. Él dice: «me hace sentir un poco mal». En el sueño no expresa que se siente mal, más bien parece que está muy angustiado porque carga dos maletas pesadas. Así, a diferencia de la interpretación que podrían haber formulado algunos analistas en los ochenta, en la actualidad sería más común reconocer el impacto que causó en el paciente el resultado de los análisis. Cuando se lo cuenta al terapeuta, siente alivio de que él lo escuche, esto puede ser entendido por el paciente como algo bueno en sí mismo. El tema de que recibe la comida destinada a otros pasajeros indica que no se da cuenta de la función que cumple el analista cuando escucha su dolor y lo acompaña con el peso emocional que implica esta enfermedad.

Sería una interpretación posible, pero no la única. En ella se toma en cuenta el déficit del paciente para tolerar una emoción. No es en sí mismo un conflicto inconsciente, lo inconsciente es el peso que significa para él soportar sus emociones. No estamos trabajando con la idea de una fantasía sexual reprimida, que sería más cercana a lo que se hacía en los años sesenta, setenta e incluso ochenta. Lo que se entiende ahora es que el paciente no puede tolerar solo el impacto doloroso, porque lo sobrepasa. Necesita alguien a quien depositarle las maletas. Aquí entran Winnicott con la idea de *sostén emocional*, Bion y su *función continente*, y otras teorías de relaciones de objeto que tienen en cuenta que si el analista puede soportar el dolor que implica la posibilidad de que su paciente llegara a morir o a sufrir mucho, estará en condiciones de ayudarlo a soportar esa carga al escucharlo e interpretarle, a la vez, su presencia como un soporte. En realidad es una transferencia, porque cuando uno es niño y está angustiado va con la madre, ella lo acompaña y lo sostiene. Pero lo que resulta interesante y va a definir la sesión es la tolerancia del analista para soportar el dolor de la situación. Si él se pone muy ansioso, tenga la orientación teórica que tenga, no podrá tolerar en su propia mente ver a su paciente sufriendo, entonces le arrojará un paquete de interpretaciones o podrá mandarlo a consultar con otros médicos porque él mismo se angustia, o incluso interrumpirá la sesión al no soportar «el peso de las maletas». El paciente lo dice de

manera clara, lo que él quiere es que alguien reciba ese peso agobiante, el dolor que le produce su enfermedad. Esto es «ser psicoanálisis», que es distinto de «leer psicoanálisis». Aguantamos emocionalmente la sesión o no la soportamos. El tratamiento se define según el terapeuta pueda o no tolerar a un paciente que le deposita tanta ansiedad. Solamente si lo logra, es posible ayudar a su paciente. En ese sentido, podemos pensar que lo común a la tarea psicoanalítica no solo es que usemos las ideas de *inconsciente*, *sexualidad infantil* o *transferencia*, sino que podamos estar dentro de la sesión trabajando con un paciente en privacidad, en un diálogo especial, íntimo. El psicoanalista es la única persona a la que se le puede contar todo o casi todo y depositar en él las angustias.

En general, casi todos aceptamos el Edipo, el inconsciente: la herencia freudiana es un *background*, un territorio común para el movimiento psicoanalítico. Pero también hacemos una tarea muy curiosa y distinta: escuchar y recibir el impacto emocional de la sesión. En esto estaríamos de acuerdo todos los analistas. Es un territorio común para la práctica psicoanalítica.

Por supuesto, hay un exceso de teorías. Bion ya nos decía que estamos intoxicados de teorías. A veces los psicoanalistas hablamos demasiado y nos peleamos en un discurso interminable. Algo parecido a la comedia de Shakespeare *Mucho ruido y pocas nueces*.

En psicoanálisis existen estilos que dependen considerablemente de la cultura, por ejemplo, los ingleses escriben poquito y breve, los franceses lo hacen extensa y literariamente. Es tan respetable un estilo como el otro. Cada psicoanalista puede inclinarse por el que prefiera. Lo que queremos expresar es que existen áreas geográficas que son notorias en cuanto a estilos o teorías psicoanalíticas. Quizá no insistimos tanto en este tema cuando escribimos *El psicoanálisis después de Freud*: la cultura a la que pertenece el analista, su tradición literaria, filosófica, ambiental o social.

Otra variación en los últimos veinte años es el impacto de los estudios de antropología o las neurociencias. De los primeros, podemos mencionar, por ejemplo, los temas sobre género que se interrelacionan con el psicoanálisis. De hecho, existe un grupo importante de psicoanalistas feministas.

Un ejemplo de gran calidad científica y conceptual es el libro de Leticia Glocer Fiorini, *Deconstructing the Feminine, Psychoanalysis, Gender and Theories of Complexity* (2008), valioso porque utiliza creativamente las ideas de Morin y las aplica a un contexto específico, el de los estudios de género y el tema de lo femenino. En nuestra opinión, es de lo mejor que hemos leído sobre cómo comunicar la epistemología de la complejidad con un tema sociológico, el de género, y otro psicoanalítico, la feminidad. Su bibliografía es muy extensa, muestra claramente cómo observar cada teoría en su unidad y complementariedad, así como en sus contradicciones internas. Un punto particular de su magnífico trabajo es el enfoque casi exclusivamente francés; no toma en cuenta a los

autores británicos ni a los estadounidenses, ya sean psicoanalistas o epistemólogos. Además, la obra de Glover expresa algo que es común en psicoanálisis: cuando uno estudia un tema y lee una amplísima bibliografía para escribir un texto, al terminar de hacerlo y publicarlo ya no está tan actualizado, y carece de la información más reciente en la ciencia y el psicoanálisis —lo mismo podríamos decir del presente libro, pero así funcionan las cosas y no es posible zanzar esa dificultad—. La idea de *género* no es psicoanalítica, sino antropológica, sociológica y cultural. Está muy presente en los medios de comunicación con el tema del papel de la mujer, y fue incorporada en algunos ámbitos del trabajo psicoanalítico. Por ejemplo, una vez atendimos a una señora de nivel sociocultural alto, que vivía en una de las zonas más caras de la ciudad; no trabajaba, era guapa, elegante y estaba casada con un señor de buena posición económica. Algunos de sus problemas pueden ser entendidos desde la teoría freudiana. Padeecía de vaginismo y solo tenía orgasmos si el marido le realizaba *cunnilingus*, especialmente en el clítoris. Era posible interpretarle, desde Freud, la rivalidad con el pene y sus peleas con el hombre, en este caso su marido. Ella tenía sueños donde él estaba muerto y lo enterraban en el cementerio. En una actividad de seducción transferencial, la paciente acudía a las sesiones con un escote muy pronunciado. Le explicamos el erotismo según Freud y la transferencia erótica como el deseo de seducir al padre y ese tipo de conflictos. Pero además había un problema de género. Fue criada desde pequeña para ser una niña linda que no trabaja y casarse con un hombre rico. Entonces podemos saltar a otras teorías: las de género o las de Bion de supuesto básico grupal, o siguiendo a Freud, los valores e ideales del yo de un grupo social.

Las feministas o los estudiosos de género trabajan desde una perspectiva sociológica, lo que puede ser utilizable en psicoanálisis, siempre que no se pierdan de vista los conflictos intrapsíquicos que los investigadores de género no incorporan, aunque sí lo hacen quienes relacionan los temas de género con el psicoanálisis. Esta es una simple viñeta que trata de mostrar ideas nuevas dentro del psicoanálisis actual.

En temas como el que mencionamos, los psicoanalistas tenemos diferencias y similitudes. Se debe tomar en cuenta que existen predisposiciones genéticas para algunas patologías. Es una probabilidad pero no una certeza. Sin embargo, la idea de que la homosexualidad tenga un origen sociocultural puro, o bien exclusivamente genético, no nos convence. Del enfoque de género podríamos tomar algunas cosas, otras no; igual que de las neurociencias.

Ofreciendo una visión comparativa de la época de 1990 a la actualidad en 2013, en el mundo psicoanalítico se conoce más a Lacan y a los poskleinianos. Ya casi no hay kleinianos ortodoxos, como lo fueron los discípulos directos de Melanie Klein. Se difunden más algunas partes de la teoría original de esta autora y los desarrollos posteriores de pensadores poskleinianos como Bion, que tienen mucha influencia

actualmente. También los de Meltzer, aunque es un autor menos conocido. Mucho del pensamiento de klenianos y poskleinianos ha permeado el psicoanálisis de Estados Unidos, México, Sudamérica y Europa. Son conceptos neokleinianos que conservan ideas directrices como las defensas primitivas de la mente: escisión, identificación proyectiva e introyectiva, fantasía inconsciente, relaciones de objeto internas y mundo interno, entre otras. De Bion destaca el concepto de *continente-contenido*, a la vez en muchas versiones. Ingresó al vocabulario psicoanalítico hasta hacerse popular en Sudamérica y otras regiones; tanto, que alguna vez escuchamos reportajes donde entrenadores deportivos hablan de «contener las angustias» de sus jugadores.

En Sudamérica estos autores poskleinianos son muy reconocidos, al igual que Rosenfeld, Joseph, Bick, y dentro de los autores argentinos, Etchegoyen, Liberman, Bleger, Grinberg, entre otros.

Lo más resistido en las ideas kleinianas, como ya lo hemos explicado muchas veces, es el geneticismo: interpretar objetos parciales anatómicos. Por ejemplo, una interpretación como: «Usted siente que cuando yo hablo, mi lengua es como el pene de papi que se mete dentro suyo», o bien decir: «Usted me envidia como envidiaba de bebé el pecho materno». Podríamos decir que actualmente ya no se usan ese tipo de interpretaciones. Primero, porque los pacientes no pueden entenderlas, son traducciones impuestas al material que suponen una vida psíquica temprana de mayor simbolismo o capacidad de representación que la que pensamos existe en los momentos primitivos del psiquismo. En cambio, suponemos que en esas etapas predominan vínculos emocionales y presimbólicos. También este tipo de interpretaciones presuponen que los conflictos tempranos se expresarían de manera directa en la transferencia, situación que no podemos comprobar.

De todas maneras, la clínica muestra fantasías que llamamos *tempranas*, *primitivas* o *arcaicas*, según las nomenclaturas de diferentes autores. Son orales, anales y fálicas. Cuando las detectamos, su interpretación no puede omitirse. Recordamos un paciente que nunca leyó sobre psicoanálisis y asistió a una entrevista por haber experimentado impotencia en su luna de miel. El terapeuta le dice: «Hablemos de la sexualidad, ¿por qué no dibujas cómo es una vagina femenina?». El paciente hace un círculo y le pone dientes. Le preguntamos si son dientes y él dice que sí. Entonces las fantasías kleinianas orales suenan reales. O sea que podemos tomar de Melanie Klein ideas importantes, así como se pueden incorporar temáticas de muchos grandes analistas con diferentes modos de pensar.

En Francia siguen presentes los analistas lacanianos, y también existen otros que se llaman poslacanianos. Muchos autores franceses mantienen una fuerte influencia de Lacan en sus desarrollos teóricos. Los revisaremos en el capítulo 3, dedicado al psicoanálisis francés contemporáneo.

Las escuelas intersubjetiva y relacionalista (principalmente Stephen Mitchell, en esta última), toman como crítica principal que la teoría freudiana de la mente es *unipersonal*, mientras que sus modelos son *bipersonales*. Afirman que ningún fenómeno psíquico puede explicarse solamente con la idea de pulsión; en esto siguen la tradición de Fairbairn. A la vez, le dan mucha importancia a las escuelas de relaciones de objeto tempranas en todas las variantes: Kohut, Melanie Klein, Fairbairn, Winnicott, Balint, Bolwby.

Ambos grupos trabajan con mucha imaginación clínica y con el escrutinio meticuloso de la contratransferencia del analista. Entre paréntesis, la idea de contratransferencia también es aceptada actualmente por casi todos los esquemas de referencia del psicoanálisis. Lo que nos resulta excesivo es considerar estos modelos como un nuevo paradigma, un parteaguas esencial en la evolución del psicoanálisis, de la pulsión a la relación interpersonal. Tenemos varios motivos: uno es que el propio psicoanálisis freudiano tiene ideas fundamentales que son interpersonales: la identificación, la creación del superyó, la segunda teoría de la angustia. Asimismo, nos parece reduccionista tener una comprensión psicoanalítica donde no se pongan en acción las series complementarias freudianas, lo interno y lo externo. Aunque en la actualidad no sea tan valorada la metapsicología de la pulsión en Freud, pensamos que no necesariamente tenemos que abandonar el concepto de pulsión y su anclaje en lo biológico. En este sentido, es de esperar que las neurociencias y las disciplinas científicas en general nos ayuden a entender más de lo interno.

En cuanto a la metapsicología freudiana de 1915, en general nadie la utiliza hoy en día al pie de la letra. Creemos que la Psicología del yo murió no por el surgimiento de las nuevas corrientes estadounidenses, sino por su propio agotamiento, como generalmente sucede. De manera que las críticas de Mitchell o Stolorow no nos parecen del todo imparciales. ¿Habrá algún autor que pueda ser totalmente imparcial? No parece probable.

Todos pisamos en este momento territorio interpersonal. Lo expresa muy bien Lacan en la frase: «El deseo es el deseo del otro». Fuimos médicos porque nuestros padres, inmigrantes, querían tener hijos médicos. Es la identificación con el deseo del otro, a la vez que es algo relacional e intersubjetivo. Por tanto, no consideramos estas ideas un nuevo paradigma. La noción ya existe en los conceptos freudianos de identificación primaria y secundaria.

En síntesis, comentamos como cambios relevantes en el psicoanálisis contemporáneo los siguientes: una gran disminución en la influencia de la Psicología del yo, también del grupo mahleriano y del kleinianismo a la letra, un crecimiento del movimiento lacaniano en ciertas áreas geográficas y también su fragmentación, así como el surgimiento de las escuelas relacionalista e intersubjetiva, desarrollo de Kohut. Asimismo, se tienen más en cuenta los conceptos de transferencia y contratransferencia y las interpretaciones sobre lo

que sucede en el aquí y ahora de la sesión.

Se valora hoy en día una clínica más imaginativa, menos rutinaria, no de enunciar teorías, sino de observar y dar más espacio a lo que sienten el paciente y el analista. Existen diferencias en este punto: si esos sentimientos se deben usar para comprender la realidad psíquica del paciente y para interpretar (lo que es nuestra postura), o bien para crear un vínculo intersubjetivo que se considera, en definitiva, el factor curativo principal.

Aumentó el prestigio de Winnicott, sobre todo con sus ideas de *sostén emocional*, *objeto transicional* y *falso self*. Objeto transicional y sostén son conceptos muy usados. Tanto así que Green, gran psicoanalista francés, piensa que Winnicott ofrece la mejor teoría para el tratamiento de los pacientes graves. Él estudió cómo la madre sostiene la angustia del bebé, le ofrece una función de soporte emocional y contribuye a que el infante posea un espacio de transición entre realidad y fantasía.

Se ha desarrollado más el concepto de *déficit*, en oposición a *conflicto*. La idea de déficit alude a que existen personas que no pudieron organizar bien un aparato mental para pensar (esto es vocabulario bioniano). Hay individuos que no pueden pensar bien, no logran soñar, no son neuróticos, tienen una enorme cantidad de ansiedad y confusión. Kernberg los llamó *fronterizos*; es un diagnóstico muy difundido y se atienden muchos pacientes con estas problemáticas. Otros analistas, Green por ejemplo, los llaman pacientes *no neuróticos*. En estas personas se interpretan conflictos, pero también se intenta la construcción de funciones mentales que no se activaron en el desarrollo psíquico.

El concepto de *déficit* se ha difundido en estos últimos años. Como mencionamos antes, Kernberg contribuyó con la categoría de *fronterizos*, Winnicott con la de *sostén*, Bion con la de *continente*. Los analistas atendemos pacientes con déficit que se confunden en los horarios, lo miran a uno a la cara como si no fuera la persona que vieron el día anterior, y no pueden fabricar un sueño. Con ellos no se trabaja buscando pulsiones reprimidas, sino intentando describir cómo opera la mente, en espera de que con el tiempo y las interpretaciones ofrecidas, se construya un proceso de pensamiento. La contratransferencia es muy aceptada actualmente como instrumento para comprender esas situaciones.

Quizá el mayor problema que enfrenta el psicoanálisis contemporáneo no es la existencia de escuelas alternativas con sus problemas epistemológicos inherentes, sino el deslizamiento a la psicoterapia. Se puede hacer psicoterapia y se puede hacer psicoanálisis. Sin embargo, existen muchas terapias que se hacen llamar *psicoanálisis* sin serlo, y en realidad son, en el mejor de los casos, una psicoterapia psicoanalítica, que no es tan profunda ni produce cambios estructurales importantes en la organización del carácter. Si no se toma en cuenta la sexualidad infantil cuando, por ejemplo, alguien

sueña que juega al golf con la madre y se le interpreta que quiere estar en contacto con ella, pero no se le explica que dicho contacto involucra un deseo sexual, como cuando el niño desea ser el padre y no el hijo, estamos en el campo de la psicoterapia, a pesar de que el paciente o el terapeuta aseguren que hacen psicoanálisis.

Otro desarrollo de los últimos veinte años es la manera de pensar lo psicosomático. En general, este concepto suele vincularse a la dificultad de simbolizar; se piensa que lo no simbolizado en sueños o asociaciones pasa al cuerpo como un cortocircuito. Algunos autores encuentran en esto cierta similitud con la idea de neurosis de Freud.

Cuando una persona padece, por ejemplo, una neurodermatitis o una enfermedad degenerativa, se plantean dos maneras diferentes de entender lo que sucede. La predominante entre los psicoanalistas actuales es que se produjo una falla en la simbolización, una alteración del pensamiento, que se registraron perturbaciones en los vínculos tempranos, hay fantasías arcaicas y el cuerpo explota. Así lo expresa Joyce McDougall. Después aparece Lacan con la idea de que estos pacientes sí pueden simbolizar, tener un nombre, pero no el nombre del padre. Numéricamente predomina el primer punto de vista, aunque los analistas lacanianos utilizan más el segundo. De estas teorías nos ocupamos hace diez años en *Las perspectivas del psicoanálisis*. También de las nociones de *continente interno* o de *sobrecarga psíquica y personalidad infantil*, que propuso Liberman.

Lo que escribimos en 1989 sobre Melanie Klein y Lacan es lo que seguimos pensando actualmente, quizá con algunos agregados posiblemente no esenciales. Para nosotros, Lacan le da demasiado peso al lenguaje (es el *imperialismo lingüístico*, como lo llamó Julia Kristeva). Pensamos que ignora las relaciones de objeto tempranas con la madre, que son esenciales para el nivel de simbolización que uno alcanza. Siempre hemos cuestionado la técnica de la escansión. Algunos analistas lacanianos ya no la usan. El movimiento lacaniano, lo citamos antes, tiene muchos subgrupos, cosa que pasa con todo movimiento, como lo pensó Bion, del mesías a la fragmentación del grupo. Podemos utilizar de Lacan muchas ideas, los tres tiempos del Edipo, el papel de lo imaginario y lo simbólico, el tema del deseo o del objeto *a*, para mencionar esquemáticamente solo algunos problemas.

Green dijo algo muy violento, que Lacan inventó la escansión porque tenía un exceso de pacientes. Pero es necesario diferenciar la personalidad de quien escribe, de las ideas que expresa. Melanie Klein no era una persona muy equilibrada, probablemente Freud tampoco, pero sus ideas sí. Hay muchas propuestas de Lacan que utilizamos, así como otras con las discrepamos.

De Meltzer en los últimos veinte años perduran en nosotros muchos conceptos y desechamos otros con los que no estamos de acuerdo. Textos teóricos como *La aprehensión de la belleza* no nos resultan tan visibles en la clínica. La idea de *claustro* es

muy buena desde el punto de vista de la descripción clínica, pero quizá demasiado apoyada en una geografía imaginaria del cuerpo materno: los que viven en la cabeza/pecho (el narcisismo de sentirse especiales), los que habitan en el claustro vaginal o fálico (que siempre están viviendo y pensando en sexo) y los que lo hacen en el recto (para Meltzer, los más enfermos pues todo el tiempo viven entre sumisión y tiranía y en la rivalidad). Son estados descriptivos y, a la vez, oscilatorios. De lo que se trata para los analistas, como bien piensa Meltzer, es poder ser turistas de ese espacio donde se metió el paciente y describirlo desde afuera. Creemos que de este modo se está trabajando con las dificultades del narcisismo en la clínica.

La idea de la aprehensión de la belleza parte de la noción del deslumbramiento que tiene el bebé con el rostro de la madre, y cómo eso crea un impacto emocional que lo acompaña a uno durante toda la vida. Es el deslumbramiento de la belleza del objeto y lo enigmático de lo que existe en su interior. Meltzer cree que el bebé lo percibe cuando nace. En esto es geneticista. Piensa que ese conflicto es la base de la psicopatología, lo cual nos parece exagerado. De todos modos, logra introducir una nueva problemática que tiene un campo de aterrizaje en la clínica, digno de ser tomado en cuenta.

En nuestro bagaje teórico-clínico tenemos muy en cuenta a Meltzer con la dimensión que le da a la transferencia y la contratransferencia. Preferimos al último Meltzer, más imaginativo y audaz, que al de la primera parte de su obra. El Meltzer de las supervisiones clínicas brillantes, más que al autor de trabajos como la metapsicología de la analidad (Meltzer, 1966).

Por otro lado, es oportuno hacer una breve digresión sobre la crisis del psicoanálisis. Algunos psicoanalistas están preocupados de que la disciplina psicoanalítica esté en crisis, por dos motivos. Uno, porque no tiene una teoría unificada y dos, porque tiene menos renombre social. Para nosotros, ninguno de los dos temas es muy relevante. No es un problema que convivan muchas teorías heterogéneas dentro del psicoanálisis. Consideramos que esto es bienvenido, nos parece enriquecedor. Sí es una dificultad para quien quiere tener una única verdad positivista. Pero si se abandona ese objetivo, se pueden aceptar, y al mismo tiempo discutir, todas las ideas. Cada vez que pensamos en nuestra propia vida encontramos sentidos y explicaciones nuevos a situaciones por las que hemos pasado. El segundo problema, el prestigio social, tampoco nos preocupa, porque en realidad el psicoanálisis nunca ha sido aceptado por la cultura. Aun cuando estuvo de moda en Estados Unidos en los cincuenta, por ejemplo en las películas de Hollywood, o cuando los psicoanalistas tenían puestos públicos de asesoría en las empresas y el Gobierno, todo era superficial, no realmente psicoanalítico.

El verdadero psicoanálisis ocurre en la sesión y es muy difícil de transmitir en medios actuales como Yahoo. Que el psicoanálisis sea más discutido en esta época no es novedad, siempre fue cuestionado o mal interpretado, un movimiento marginal,

minoritario.

Pero si uno acepta la expansión de ideas, el diálogo, trabajar en una sesión y discutirla con otros colegas que nos retroalimenten, entonces abandonamos el modelo médico y podemos enfrentar el problema epistemológico de la disciplina.

Hemos repetido miles de veces los conceptos de *complejidad* y *pluralismo*. Últimamente usamos con frecuencia la idea de un objeto tan complejo, la mente humana, que solo podemos llegar a verdades parciales.

Los psicoanalistas de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA, por sus siglas en inglés) se muestran preocupados ante la crisis porque han perdido el control del movimiento psicoanalítico; pero esto es bueno. Creemos que es mejor que existan muchos grupos. No veríamos una dificultad del análisis en el contexto social porque siempre ha sido así. En realidad, la expansión psicoanalítica no tiene mucha importancia para la clínica. No se puede descartar la idea que alguna vez expresó Meltzer de que el psicoanálisis se había expandido como una mancha de aceite sobre el agua, de manera muy extensa pero poco profunda (1990).

Tampoco es necesario que el psicoanálisis tenga un *common ground* teórico; quizá se lo pueda encontrar más en la clínica (Wallerstein, 1992).

La mente es un fenómeno —en esto sí seguimos el pensamiento de Meltzer— tan infinito para estudiar que admite una gran cantidad de explicaciones e interpretaciones. Esa exploración es inacabable. No se trata del internista que diagnostica hepatitis y llega a una conclusión correcta y final. Se puede hacer psicoanálisis toda la vida, autoanalizarse siempre y repensar lo que nos sucede, agregando nuevas versiones, otros fenómenos. A nosotros nos sirvió *El psicoanálisis después de Freud* para pensar problemas clínicos y psicoanalíticos. Seguimos creyendo, como lo hacíamos entonces, que cuantas más teorías existan, mejor, para explorar pros y contras de cada una, sin idealizar ninguna.

Etchegoyen nos regaló la última reedición de *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* y nos escribió en la dedicatoria: «Para mis mejores discípulos y amigos». Es un honor muy agradable recibirlo de una personalidad tan valiosa del psicoanálisis. Discípulo es quien aprende modestamente de los maestros y, en ese sentido, nos consideramos discípulos de los grandes pensadores del psicoanálisis, sin selección arbitraria. Cuando alguien está demasiado entusiasmado con una idea, puede no pensar en sus dificultades. Tener pasión por el psicoanálisis es fantástico. Pero pensar que una sola idea o autor nos resuelve todos los problemas psicoanalíticos es un error. Creer que si estudiamos a Kernberg, Bion, Meltzer o Green en sus obras completas, con eso terminamos el estudio no es nuestro estilo. Quizá nuestra posición haya sido algo marginal, pero nos sirvió bastante para atemperar pasiones en el ámbito de la enseñanza universitaria que venimos realizando desde hace muchos años. La palabra *pluralismo*, por suerte, no es ya una voz rara en el lenguaje psicoanalítico.

En otro orden de ideas, la obra de Green tiene muchos puntos interesantes sobre el narcisismo, los afectos, lo negativo, la metapsicología, la sexualidad. Es un autor que nos parece muy importante, como veremos en el capítulo 3. Su concepto acerca de la *desinvestidura* nos interesa en la medida en que se lo puede aplicar clínicamente. Cómo una persona puede retirar el interés por un objeto, la madre alejarse del bebé, el sujeto del mundo. La idea de *psicosis blanca* es un intento de explicar lo que hoy en día resulta una fuerte tendencia en psicoanálisis: el funcionamiento de la mente y no solo la traducción de lo reprimido.

Nos parece que los puentes interdisciplinarios son muy difíciles; establecer un puente entre Freud y Hegel es muy complicado. Por supuesto que Freud fue hegeliano, como bien dice Green, porque la noción de *contradicción* que es inherente a Hegel, el par de opuestos, tesis- antítesis, es algo importante en la teoría freudiana. No sabemos, sin embargo, si este interés por Hegel en el aspecto heurístico cambia mucho la clínica.

En cambio, la idea de *sostén* de Winnicott sí modifica la clínica. También la de Bion de *continente-contenido*, más allá de que uno la comparta o no, incide mucho en la clínica. Digamos que el tema de continente-contenido ha sufrido avatares. Desde la idea original de Bion de recibir la angustia y responder con símbolos para pensarla, se simplifica muchas veces a tener contacto y escuchar, lo que en realidad reduce el alcance del poder terapéutico del psicoanálisis.

También disminuyó la importancia del diagnóstico preciso. Quizá los lacanianos se equivocan al encasillar las neurosis en histeria, fobia y neurosis obsesiva. No hay pacientes histéricos puros, «de manual»: cada caso es totalmente distinto. Es como hacer diagnóstico de homosexualidad: decir «la homosexualidad es producida por tal problema» resulta simplista; hay muchos tipos de personas homosexuales. En algunos pacientes la homosexualidad es secundaria, puede haber otros problemas básicos más importantes, por ejemplo, el odio que un paciente pueda tener hacia sus objetos.

En las últimas dos décadas ha habido una creciente tendencia a abandonar el término médico de *diagnóstico preciso*, psicopatológico. Jorge Salazar escribió sobre este tema en «Diagnóstico y psicopatología», capítulo 9 de *Las perspectivas del psicoanálisis* (2001).

Posiblemente, la idea de diagnóstico es un problema y trae para el analista la dificultad de encasillar al paciente. «Atiendo a un fronterizo, a una histérica, tengo un paciente con conflictos obsesivos». La idea de trastorno narcisista del carácter de Kohut no nos convence debido justamente a que emplea un modelo donde la clasificación nosológica nos parece demasiado cerrada. Existen distintos tipos de individuos con trastornos narcisistas. Cuando supervisamos en la clínica es mejor hablar de la persona, ver qué problemáticas trae, cómo podemos ayudarla y seguir la sesión minuto a minuto en la transferencia.

Por eso no nos parece adecuado indicar un tipo de terapia determinado según el diagnóstico de neurosis, psicosis, fronterizo, depresión. Por ejemplo, psicoterapia individual, psicoanálisis individual, terapia focalizada en tal tema o tratamiento de familia. En la práctica hay pacientes que no quieren o no se pueden psicoanalizar por muchos motivos personales, económicos, resistenciales o por desconocimiento del método. En esos casos se hacen diferentes tipos de psicoterapias. El psicoanálisis sigue siendo el método que da mejores resultados por su profundidad y con el que más conviene trabajar a varias sesiones semanales, dado lo difícil que resulta cambiar el carácter en profundidad.

Actualmente se hace más psicoterapia que psicoanálisis. No siempre es debido al paciente, muchas veces ocurre porque el psicoanalista no está bien entrenado o prefiere hacer psicoterapia por motivos económicos o personales. Se pueden cobrar más honorarios, en general, cuando se atiende a los pacientes con menos sesiones semanales.

Hasta ahora no podemos tener seguridad de obtener mejores resultados terapéuticos con un modelo teórico o con otro. Lo que sí podemos afirmar es que para entrenarse clínicamente en psicoanálisis el estudio y la lectura son fundamentales. Los pondríamos solo supeditados al análisis personal bien hecho —no didáctico ni por obligación sino por necesidades reales— como parte de un programa curricular, junto con las supervisiones frecuentes y durante mucho tiempo, y luego más lecturas. Las conferencias son interesantes, pero no nos permiten, como comentábamos en el ejemplo del paciente con las maletas, tener la tolerancia emocional para atender un paciente que sufre mucho o que deposita sus angustias en nosotros. Reiteramos: es diferente hablar de psicoanálisis que ejercerlo.

Está muy bien leer todo lo que se pueda de psicoanálisis, pero a la vez se requiere mucha práctica. Quizá no lo enfatizamos suficiente en *El psicoanálisis después de Freud*. Requiere una dedicación artesanal, es como criar hijos, el primero es más difícil. El pediatra de nuestros hijos decía: «Mira, el tercero se cría solo», uno está entrenado, conoce lo que tiene que hacer. La transmisión clínica del psicoanálisis es muy bipersonal, no se puede aprender solamente en reuniones, sino platicando con un terapeuta experto en la intimidad de la supervisión, hablando sobre lo que sucede en el tratamiento analítico de un paciente, revisando sesiones y más sesiones. Siempre recomendamos supervisar mucho, esto quiere decir, dos veces por semana. No se puede adquirir este oficio supervisando cada 15 días o asistiendo solamente a un grupo de supervisión. Está bien hacerlo pero se aprende un trabajo de menor calidad. Una analogía para ejemplificar sería la de un buen pianista que tiene que practicar ocho horas diarias, se levanta temprano, ensaya y ensaya. Claro que después, cuando da conciertos, uno cree que le salió facilísimo. No es así, son horas de entrenamiento.

De modo que han sucedido muchos cambios en psicoanálisis. Ahora bien, a veces la

clínica es resistente a las modificaciones. Significa que hay una asimetría. La clínica depende del virtuosismo y el entrenamiento del ejecutante, lo que requiere mucho trabajo personal.

Igualmente, se puede destacar el fenómeno de la creatividad clínica, que con frecuencia supera nuestras teorías. El paciente va delante y generalmente nosotros vamos detrás. No solo por un problema personal de insuficiencia teórica, sino por la complicación emocional de nuestro oficio. Aquí es donde no tenemos que ceder a la psicoterapia de apoyo o de esclarecimiento y debemos insistir una y otra vez en la herencia freudiana e interpretar la sexualidad infantil inconsciente. Reiteramos que actualmente se practica demasiada psicoterapia en el ambiente terapéutico; lo podemos cambiar si logramos una comprensión profunda del problema.

Ahora queremos dedicarnos a un tema más árido para algunos: la epistemología. En los noventa nos encontrábamos entre la hermenéutica y el positivismo. No usábamos la teoría de la complejidad de Morin ni se había desarrollado tanto el tema de la incertidumbre en la ciencia. Tampoco se habían destacado mucho los conceptos de Bion de *sin memoria ni deseo*, o los de Meltzer sobre la imaginación. Se discutía si el psicoanálisis era una disciplina hermenéutica (es decir, una narrativa-explicativa con muchos significados posibles), o bien una de validación empírica a través de la observación de la sesión. Hoy, el pluralismo está totalmente difundido y todo el mundo acepta que hay muchos vértices de observación y de complejidad. El inconveniente que le vemos al modelo de Morin es el puente interdisciplinario. Llevarlo a cabo con la clínica psicoanalítica es muy difícil. Lo que podemos hacer es importar teorías de otras disciplinas como modelos referenciales para la clínica. No estaríamos tan de acuerdo con Morin en una metaciencia intercomunicativa. Él tiene razón en la idea de no aceptar explicaciones unitarias; por ejemplo, escribimos este libro por deseos de conocimiento, por rivalidad con otros colegas o por asuntos de prestigio social. Todo eso es cierto: verdades unitarias. La complejidad está en que hacemos algo que tiene muchos vértices de explicación, y lo mismo pasa con las teorías y con el análisis de la personalidad de nuestros pacientes (en el capítulo 2 mencionamos algunas ideas generales sobre interpretaciones complejas).

Por todos estos motivos, en los últimos años cambió considerablemente el psicoanálisis como actividad científica. Casi no hay quien lo considere ciencia natural, algo que sí sucedía en los noventa. En estos tiempos, digámoslo también, aumentó nuestra convicción sobre la formación psicoanalítica alejada de las ideas tradicionales de las instituciones o del *análisis didáctico*.

En cuanto a la formación psicoanalítica académica, con un tratamiento obligatorio dentro del proceso de formación, seguimos pensando como en 1990: creemos que es esencial analizarse pero no como parte de un programa curricular académico. Esta

situación produce un vicio tremendo en el proceso terapéutico: «me porto bien para que me aprueben», «elijo un terapeuta para que me dé prestigio»; «si soy analista de colegas tengo la vida más cómoda, en general los pacientes didácticos se portan mejor». El psicoanálisis llamado *didáctico* no ha funcionado. Freud lo inventó porque trató de evitar que los legos se apropiaran del método psicoanalítico, pero no dio buenos resultados. En Eleia trabajamos con un modelo para enseñar teorías, clínica, supervisiones, cubrir esas dos áreas muy importantes del entrenamiento, pero no incluimos la terapia individual obligatoria. La recomendamos todo el tiempo, siempre que el alumno la quiera realizar y eligiendo libremente con quién hacerla.

Los resultados que obtenemos en los tratamientos, repensando los últimos veinte años, son muy buenos en cuanto a síntomas, buenos en relación con modificaciones estructurales y algo escasos en cuanto a lograr cambios de muchos rasgos de carácter, aquellos que funcionan como egosintónicos. Una diferencia con el libro de 1989 es que ahora invertimos más esfuerzos en los rasgos con los que el paciente está tranquilo en su vida, somos más directos e incisivos. No solo es importante lo que le molesta al paciente. Ejemplo: paciente de 50 años, arrogante, su esposa lo quiere dejar porque es insoportable, tiene sueños en los que se siente muy superior a los demás, está conforme con ser ejecutivo, valorar el dinero, apostarle su vida al automóvil y al lujo. Son rasgos de carácter muy difíciles de cambiar porque no molestan aparentemente. En estos casos nos gusta practicar un análisis lo más movilizador posible. Así, con la señora que citamos en un ejemplo anterior (no trabaja, va al gimnasio dos horas diariamente, cuida mucho su figura), fuimos logrando que elaborara duelos por familiares, cuya pérdida le resultaba dolorosa, resolvimos el tema de la frigidez, y ahora tiene mejor vida sexual. Pero nos parece importante movilizar en el análisis los aspectos «normales» del carácter, los ideales del yo egosintónicos, los supuestos básicos de Bion. En ese sentido, proponemos un análisis más tenso, hasta el límite de tolerancia de los dos participantes, bondadoso en el estilo pero inflexible en esa batalla. Esto mismo es lo que deseamos aplicar cotidianamente en nuestro autoanálisis, aunque sabemos el esfuerzo que demanda.

¿Cuál es nuestro criterio sobre el tema de la construcción de funciones mentales? Creemos que es necesario intentarlo pero siempre a través de la interpretación, que tiene que versar justamente sobre el tema de la dificultad y la forma de pensar los conflictos. Por eso nos entrenaron, entre otras cosas, en observar cómo reacciona el paciente a la interpretación. En esos casos, especialmente, tratamos de entender la manera de pensar del paciente como nos lo enseña Bion, o desde una variante en parte neokleiniana. Buscamos la interpretación posible, no seducir, no apoyar solamente, no trabajar en el ámbito racional o preconsciente, porque eso no ayuda a comprender y elaborar los conflictos inconscientes.

Si quisiéramos resumir, diríamos primero que no creemos que en el psicoanálisis exista

una crisis, en el sentido en que los economistas usan este término (un descenso), ya que se trata de una disciplina distinta. ¿Existen teorías nuevas? No tantas como dicen los que las inventan. ¿Aún se puede curar con las teorías y técnicas psicoanalíticas de 1960? Sí. ¿Se puede curar mejor ahora en 2013 que como se hacía en 1960? No lo sabemos. ¿Son mejor terapéuticamente las propuestas de Lacan o los intersubjetivistas que las del psicoanalista estadounidense de la Psicología del yo Ralph Greenson, quien además era muy buen clínico? No estamos seguros. ¿Podemos demostrar que es mejor una escuela teórica que otra? No. ¿Cuántas más teorías tenemos, más repertorios interpretativos podemos usar? Sí.

NOTAS

¹ Agradecemos afectuosamente al Dr. José Cohen su generosidad por haber compartido con uno de nosotros este interesantísimo material clínico.

Capítulo 2

Cambios en la técnica psicoanalítica actual

Continuidades y modificaciones en la técnica

Los cambios producidos desde el método analítico freudiano clásico hasta el pluralismo de la técnica psicoanalítica actual tienen que ser ubicados dentro del contexto histórico en que surgieron y en relación con los distintos problemas clínicos y marcos teóricos que los originaron. El camino que va del pasado al presente no es lineal, las modificaciones no siempre fueron estables ni aceptadas por el conjunto de los psicoanalistas. Es necesario seguir los cambios de cada elemento de la técnica en la historia del psicoanálisis. Solo así se pueden entender sus motivos y persistencias o desapariciones.

En estos veinte años se presentaron algunas innovaciones teóricas fundamentales. Otras, menores, se siguen produciendo en los últimos tiempos. Cada vez que surge un nuevo campo clínico, como el análisis de niños o el psicoanálisis aplicado a pacientes graves, aparecen diferentes elementos de observación que llevan a cuestionar algunos de los conocimientos existentes. Se crean teorías explicativas originales, así como otros modelos de la mente y del desarrollo, que, a su vez, repercuten en el método y la técnica psicoanalíticas que se emplean en ese momento.

Sara Dweck (2006, 2008, 2009, 2011) estudió detenidamente el impacto que produjeron las propuestas de Melanie Klein y Anna Freud, precursoras del psicoanálisis de niños, en los cambios teóricos, clínicos y metapsicológicos que sufrió esta disciplina. Durante varios años, los seminarios, cursos, trabajos y supervisiones dictados por ella en el Centro Eleia, nos ayudaron a entender la relación que mencionamos anteriormente: un cambio clínico o técnico produce un efecto inmediato dentro de la teoría.

El fantasma de la *técnica activa* (prescribir, aconsejar, orientar, apoyar, influir en las decisiones del analizando) amenazó desde los comienzos del psicoanálisis (Ferenczi, 1915, en Grubrich-Simitis, 1986) la siempre alerta preocupación de Freud por el mantenimiento cuidadoso de las condiciones técnicas que él estableció para el método psicoanalítico.

Existen en la actualidad excelentes textos de técnica donde se estudia cada uno de los

temas que la componen y se revisa su desarrollo cronológico. Mencionemos, entre los mejores, *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, de Horacio Etchegoyen (1986).

La transferencia, el encuadre, el *setting*, la contratransferencia, la interpretación, el *insight*, son algunos de los grandes temas técnicos que sufrieron modificaciones a lo largo de estos años.

A la vez, muchos de los conceptos teóricos y clínicos van teniendo ampliaciones en su significado (algunas veces, deslizamientos de sentido). La repercusión en la técnica psicoanalítica es inmediata.

Tomemos por caso la transferencia. Desde que Freud descubrió su poderoso efecto en el caso Dora (1905), la describió como una situación en que los conflictos sexuales reprimidos de la primera infancia (tres a cinco años de edad) se repiten en la vida adulta de una persona en muchos de sus vínculos y, en especial, con la persona del terapeuta durante el tratamiento analítico. Algo del pasado vuelve al presente encadenado con algún elemento actual. Cambia el sentido de la experiencia que la persona está viviendo.

El analista es un observador neutral (todo lo posible) y sagaz que identifica a través de la asociación libre, los sueños, los lapsus, en fin, todas las formaciones del inconsciente, esa dialéctica permanente entre presente y pasado. Pero usando el mismo nombre, la transferencia es entendida de manera diferente desde otras perspectivas psicoanalíticas. Por ejemplo, en la teoría de Melanie Klein y los poskleinianos sigue existiendo la transferencia de conflictos sexuales infantiles descrita por Freud, pero se agrega un factor esencial. La transferencia también repite el funcionamiento temprano o primitivo de la mente (desde el nacimiento hasta los dos años de edad) como una estructura de relaciones de objeto, ansiedades y defensas que define la realidad psíquica y persiste durante toda la vida. Las fantasías inconscientes que la componen se producen todo el tiempo en nuestra vida mental, en un nivel inconsciente. También en el análisis. Sus contenidos no pueden ser recordados. Reaparecen en la situación analítica y pueden ser percibidos en el clima emocional de la sesión y en facetas preverbales de la comunicación entre paciente y terapeuta.

Para Winnicott (1955), la transferencia temprana propicia una repetición en el análisis de situaciones vividas defectuosamente en las primeras experiencias con la madre, que ahora podrán actualizarse en el vínculo terapéutico en mejores condiciones. Esto posibilita que la nueva experiencia primitiva, al repetirse en la situación terapéutica, pueda producir un cambio estructural benéfico, principalmente para el tratamiento de pacientes muy graves.

Heinz Kohut (1977, 1984) considera que el analista tiene que funcionar como un nuevo *objeto del self* del paciente, para así poder corregir los déficits del desarrollo temprano. Por lo tanto, al adoptar el terapeuta esta función durante la transferencia, será capaz de promover un mejor desarrollo psíquico en el paciente.

En los grupos relacionistas e intersubjetivos de Estados Unidos, la transferencia es considerada simultáneamente una repetición de viejos patrones intersubjetivos y una experiencia intersubjetiva nueva, que nunca existió previamente (como cocreación simultánea entre analizando y analista). Esto dará lugar al desarrollo de nuevas estructuras subjetivas que favorece cambios en el paciente.

En síntesis, el concepto de *transferencia* no es unívoco, como sí lo fue en los inicios del psicoanálisis. En el momento actual, cuando en una situación clínica se estudian las características de la transferencia, la manera de abordar el material descrito permite comprender, a veces de manera explícita y otras veces entre líneas, los modelos teóricos y técnicos subyacentes. Esto implica una complejidad creciente en la manera de entender a un paciente y participar en la situación psicoanalítica. También permite tener criterios más amplios y plurales sobre su estado mental, sus síntomas, sueños y rasgos de carácter.

Existen ahora muchas formas de escuchar el contenido de las sesiones, más elementos que permiten entender de una manera cercana las infinitas variaciones de las fantasías desplegadas en la sesión. También se presenta una sensación de mayor incertidumbre y dificultad para acceder a una verdad única con absoluta certeza.

Algo semejante a las distintas maneras de entender la transferencia puede ocurrir con cada elemento de la técnica psicoanalítica. Las ideas de pluralismo y complejidad se imponen para la comprensión del material clínico.

En algunas oportunidades se planteó una solución provisoria pero atractiva entre las distintas escuelas psicoanalíticas y su interacción. Robert Wallerstein, autor de la obra *The Common Ground of Psychoanalysis* (1990), escribió varios artículos y libros sobre las bases comunes del psicoanálisis, pensando que la manera de lograr algún tipo de unificación puede ser la clínica. Independientemente de las diferencias en la teoría que utilice cada psicoanalista, puede ser que el trabajo clínico nos permita entendernos mejor.

El tema parece ser bastante complicado porque también la clínica se habla en muchas lenguas, tantas como esquemas referenciales existen en el psicoanálisis.

Quizá lo mejor es comprender las coincidencias y divergencias que tienen los distintos esquemas referenciales y cómo repercuten en los temas principales de la técnica psicoanalítica. Es la posición que predomina en este momento en el estudio de las humanidades y también en la comprensión de la mente. No nos asustemos de la superposición de ideas o explicaciones y de cierto nivel de confusión, incertidumbre y duda. Al asumir esta situación estaremos ganando al poder captar mejor y con mayor profundidad los sucesos complejos del funcionamiento mental y su patología.

Citemos un ejemplo. La técnica de Winnicott para los pacientes muy graves, o la de Kohut para las patologías narcisistas se alejan considerablemente de la técnica clásica de Freud. Él, en su época, quizá las hubiera considerado *técnicas activas*, y las habría

rechazado como hizo con las propuestas de algunos de sus colaboradores cercanos. En cambio, la comunidad psicoanalítica actual las acepta —aunque con polémica— en cuanto a sus contenidos principales, como parte de una gran variedad de aproximaciones técnicas que se incluyen en el amplio campo del psicoanálisis. Hay analistas que están de acuerdo con estas modificaciones y las consideran útiles para ser aplicadas a cierto tipo de pacientes; otros las rechazan y continúan apreciando la técnica clásica.

El criterio que prevalece en la comunidad psicoanalítica contemporánea es la diversidad, la complejidad, la aceptación de múltiples significados, por ejemplo, para la comprensión de un sueño o del material de las sesiones. Se privilegia el diálogo y la apreciación de cada modelo en su contexto. Lo que interesa es la existencia simultánea de nuevos esquemas de comprensión, con los fundamentos teóricos y clínicos que sustentan diferentes posturas técnicas y, a la vez, amplían el espectro de pacientes en los que se puede aplicar el método psicoanalítico, mejorando los resultados terapéuticos, no solo en la resolución de los síntomas y trastornos del carácter, sino también en la profundidad que cada individuo logre para la comprensión de su funcionamiento mental y emocional.

Sobre las interpretaciones complejas

Existen varios factores que nos hacen pensar que puede ser muy adecuado realizar interpretaciones complejas para la comprensión del material de una sesión.

Primero, gracias a los trabajos de Freud, Fairbairn, Melanie Klein, Bion y sus continuadores, en especial Donald Meltzer, así como de muchos pensadores a lo largo de la evolución del psicoanálisis, es común la idea de que la mente humana tiene diferentes partes, estructuras, motivaciones y conflictos.

Segundo, el desarrollo del psicoanálisis originó la aparición de escuelas y analistas independientes que nos dan una gran cantidad de información sobre problemas que se pueden observar en nuestros pacientes, usando modelos psicoanalíticos clásicos, modernos y contemporáneos. Existen metapsicologías, psicopatologías, cambios teóricos y técnicos muy diferentes.

Finalmente, la epistemología actual incluye nuevas nociones tales como las de *complejidad*, *incertidumbre*, *caos* y *posmodernidad*.

Una interpretación compleja busca explicar un sueño, una situación, un conflicto o un momento de la transferencia con versiones simultáneas y complementarias.

Cuando alguien realiza cualquier actividad no debe sorprenderse si se la puede analizar teniendo en cuenta esta complejidad: se escribe un libro por deseos de estudio, por identificaciones, o para compartir conocimientos o ideas. También por motivos neuróticos: rivalidad o narcisismo, para calmar ansiedades de castración o celos, también por deseos de prestigio. La lista, lógicamente, puede ampliarse.

La tendencia a ofrecer explicaciones multicausales se presenta actualmente en todas las

disciplinas.

La experiencia de dialogar sobre un material clínico en una reunión de colegas muestra cierta regularidad en su desarrollo: existen tantas opiniones sobre el paciente, su psicopatología, diagnóstico o estrategia terapéutica, como analistas en la reunión. Cada una, si está bien pensada y no es un engaño o una improvisación, resulta ser parte de la verdad, pero no toda la verdad.

Desde hace más de treinta años trabajamos con la idea de pluralismo: estudiar diferentes teorías, todos los autores posibles con sus puntos de vista individuales, enseñar y convivir en la complejidad de conocimientos. Como ya mencionamos en otra parte de este libro, la noción de pluralismo nos dio las bases ideológicas para la enseñanza universitaria de la psicología, la psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis en el Centro Eleia.

Cualquier material clínico o sueño se puede comprender e interpretar complejamente. Habrá, por supuesto, una táctica de cómo formular la interpretación compleja dependiendo del momento del tratamiento, la situación emocional del paciente en la sesión, la relación transferencial y su evolución. Si el paciente está muy conmovido por la pérdida de un familiar, por supuesto que no será el momento de significar todos los matices de la relación transferencial o todas las emociones complejas intrapsíquicas. Será necesario escucharlo con paciencia para que, al compartir su sufrimiento con el analista, su mente experimente menos dolor. Con el tiempo se irá elaborando una interpretación compleja, aunque a veces esto se puede realizar durante la misma sesión.

Si una paciente está relativamente tranquila en una sesión de mitad de la semana de tratamiento y comenta que desea participar en un maratón, no habrá dificultad en explicar su deseo de superarse, entrenar, mejorar su capacidad física, adoptar la moda de correr maratones, así como la rivalidad y la esperanza de calmar ansiedades de castración por medio de la superación de una marca; también se le podría decir que quizá desea que la sesión sea un maratón, rápida, prolongada, como una competencia deportiva, todo al mismo tiempo, como si fuera un tiro de escopeta, con muchos perdigones. Quizá sea necesario aclararle que no es una opinión de si debe participar o no en el maratón, sino sobre las diferentes motivaciones de una conducta. La paciente tendrá entonces más libertad para hacerlo o no, o tal vez para participar en el maratón más tranquila y menos presionada por las motivaciones complejas, múltiples y contradictorias que se muestran en la situación. La manera de expresar la interpretación compleja puede ser por partes, poco a poco, luego se dirán otras significaciones, quizá en más de una sesión.

Cuando uno repasa su vida personal siempre trabaja con algunas ideas que permanecen, conflictos básicos que pueden repetirse y nuevos recuerdos, libretos e historias que van agregando complejidad incesante e infinita al pensamiento. Son, como dijimos en otra parte, una combinación de verdades parciales. Ni juegos hermenéuticos

de interpretaciones sin verificación ni eclecticismo radical (todo es cierto); resultan obligados un análisis crítico y un aprendizaje por ensayo y error.

El entrenamiento para realizar interpretaciones complejas en psicoanálisis implica leer mucho, estudiar diversas teorías, no detenerse en lo que ya se aprendió y repetirlo. Es necesario saber psiquiatría y psicopatología, atender muchos pacientes y escuchar un gran número de supervisiones. Algunas veces tuvimos la experiencia de presentar el mismo material clínico a terapeutas con diferentes maneras de pensar. Igualmente, en las Jornadas Clínicas que realizamos en Eleia, la idea es que un colega comente un tratamiento y otros manifiesten sus opiniones, cada una diferente, de cómo tratarían a ese paciente.¹

Las polémicas entre colegas pueden modularse si se trabaja con el concepto de *complejidad*. En todo caso, la controversia se produce cuando una visión unitaria es tomada como correcta y las otras como incorrectas.

El riesgo inevitable del concepto de complejidad es que se pueda aceptar cualquier interpretación, si bien esto también puede suceder con las interpretaciones unitarias. Si no se realiza un entrenamiento sólido y ético en psicoanálisis, clínica, psicopatología, supervisión y análisis personal, se corre el riesgo de hacer interpretaciones incompletas o mediocres, ya sean simples (unitarias) o complejas.

La parte emocional que conspira contra la posibilidad de construir una interpretación adecuada, sea simple o unitaria (los usamos como sinónimos), o bien compleja, está más allá de la información o la formación del terapeuta: ese trata del tema de la mentira en el vínculo entre analizando y analista. Este problema, el de eludir la sinceridad y efectuar intervenciones banales o superficiales para seducir al paciente, termina a la corta o a la larga en una catástrofe. La influencia de Bion en lo que antecede es evidente. En México, Solange Matarasso se ocupó minuciosamente de la obra de Bion y de su estudio.

Una manera clínica de trabajar con el concepto de complejidad en un tratamiento es hacer referencias frecuentes al hecho de que estamos asumiendo una aproximación a una parte de la verdad, a la que en otros momentos podremos agregar nuevos significados. Se le puede comentar a un paciente: «Esto que diré ahora es una parte de muchos otros temas que también podemos pensar sobre la situación. Pero vamos por pasos, en otros momentos podremos agregar nuevas ideas». Será más fácil aplicarlo con pacientes que tengan buena disponibilidad introspectiva y en momentos adecuados, muchas veces en estadios más avanzados de la terapia. Con algunos pacientes no hay inconveniente en hacerlo desde el comienzo: «Lo que interpretaré de este sueño es una de las explicaciones posibles, podemos decir esta interpretación y también esta otra, y con el tiempo podremos tener mayores conocimientos sobre la misma situación». He aquí un ejemplo:

El paciente refiere que se masturbó pensando en su prima, él es casado y ama a su esposa, aunque el día

anterior lo enojó que ella fuese a cenar con una amiga. Imaginemos una interpretación compleja: «Cuando uno es niño se masturba pensando en alguna mujer prohibida que representa a la madre; por ejemplo, la maestra o alguien de la familia. También quizás ese día te enojaste con tu esposa por celos, y entonces cobras venganza en tu fantasía teniendo relaciones sexuales con tu prima; tu esposa representa a tu mamá y tú como un niño te vengas de ella al irte con tu padre, representado por tu prima».

¿Por qué aparece la prima? Quizá porque vio una mujer con el mismo color de cabello que ella, o quizá por asociación con un nombre... en fin, hay muchas posibilidades. Freud tomó la idea de la frase o el pensamiento de un sueño y al mismo tiempo sugirió que en cada sueño existen muchas capas, como en una cebolla, que se pueden interpretar. El sueño de la inyección de Irma, «la culpa no la tengo yo sino Otto», es una de las explicaciones del sueño. Por eso, en el desarrollo del psicoanálisis siempre aparecen publicaciones sobre nuevos diagnósticos o interpretaciones diferentes para los pacientes que Freud atendió. Sin embargo, no se advierten ni se explicitan dos situaciones. La primera, que las interpretaciones dependen del contexto en que son formuladas, y la segunda, el tipo de disciplina que es el psicoanálisis con su inherente complejidad.

La descripción de diferentes áreas de la mente o distintos conflictos, que kleinianos y poskleinianos usaron con tanta riqueza y eficiencia, siempre es una interpretación compleja. El concepto de *escisión* kleiniano (o sea, división en dos aspectos diferentes) involucra complejidad: partes infantiles y adultas, deseos orales y genitales. Objeto bueno y objeto malo son dos partes de la mente. A la dupla kleiniana basada en la escisión quizá podrían agregarse más partes de la personalidad y nuevas motivaciones. La noción de complejidad es más amplia y abarcadora, se podría ampliar la idea de escisión sin desecharla. Mundo o planetario de objetos internos (Klein, Fairbairn, Meltzer) es una descripción que avanza aún más en dirección a la complejidad. Pensemos en una situación clínica frecuente:

Mujer de 30 años que vive con sus padres; tiene un novio con el que sale algunas veces, pero resulta obvio que su relación no prosperará y busca un equilibrio para seguir quedándose con los padres. Acude a terapia y desea dos cosas diferentes escindidas en su mente: que su analista la ayude a vivir con los padres sin conflictos ni angustias y, simultáneamente, que favorezca su proceso de independencia. Es una buena interpretación compleja. Ahora bien, ¿qué la hace vivir con los padres a los 30 años y seguir pegada a ellos? ¿Simbiosis infantil?, ¿relación incestuosa?, ¿identificación con la psicopatología de la familia, en la que ha quedado atrapada?, ¿triumfo sobre sus hermanos por sentirse la más amada por los padres?, ¿miedos con la heterosexualidad o la maternidad y el parto? Y así podríamos seguir. Unas veces aparecerá un tema; en otras oportunidades, fantasías diferentes. La paciente preguntará: «¿No me lo había explicado ya por otra causa?», y la respuesta podría ser: «Son varias a la vez, ahora le explico esta otra».

No hemos tenido dificultad en aplicar de esta manera la idea de interpretaciones complejas en psicoanálisis. Si se hace con paciencia, respetando el momento de usarlas y

teniendo en cuenta el instante de la sesión o del tratamiento, las cosas pueden funcionar.

La idea de *complejidad* está asociada al nombre de Edgar Morin, filósofo francés contemporáneo que desarrolló el tema y lo aplicó tanto a estudios sobre ciencia, filosofía y educación, como al arte y las relaciones interdisciplinarias.

Analizar respetuosamente las brillantes aportaciones de Morin no significa una adhesión incondicional a su obra. Ha sido criticado muchas veces, lo cual es habitual en ciencia. Bajo su influencia también aparecieron ideas posteriores a la de complejidad, como la revitalización del concepto de *consiliencia*, por ejemplo.²

Opciones técnicas en el psicoanálisis contemporáneo

En *Las perspectivas del psicoanálisis* (Leiberman, Bleichmar *et al.*, 2001), revisamos las aportaciones técnicas de cada uno de los esquemas referenciales existentes en ese momento. Describimos un panorama de los criterios prevalecientes en el psicoanálisis de comienzos del siglo XXI, diferenciando la permanencia de la técnica clásica en algunos autores de los cambios propuestos por otros.

En este capítulo se intenta realizar una breve reseña de las distintas opciones técnicas que se discuten en el psicoanálisis contemporáneo, así como de las polarizaciones y discusiones que se han definido con mayor claridad en los últimos diez años. Por ejemplo, la Psicología del yo no mantiene la trascendencia que tenía anteriormente en el psicoanálisis estadounidense; los analistas mahlerianos ya no aparecen como un grupo definido; los modelos relacionalista e intersubjetivo en Estados Unidos han planteado modificaciones técnicas importantes; el psicoanálisis francés no lacaniano tiene mayor difusión por medio de autores como André Green —que ha publicado numerosos libros con ideas personales que repercuten en la técnica—, Jean Laplanche, Piera Aulagnier, Joyce McDougall, entre otros (al respecto véase el capítulo 3, «El psicoanálisis francés contemporáneo. Ideas y comentarios»).

A pesar de que los conceptos kleinianos tienen mayor aceptación y vigencia en relación con el funcionamiento mental primitivo y su repercusión en la técnica, Klein suele ser bastante criticada por algunos psicoanalistas contemporáneos en cuanto a la modalidad técnica de interpretación que ella usó hasta los años sesenta. Es común que diversos autores utilicen sus ideas sin citarla o bien ignoren por completo sus aportaciones. Entre los autores poskleinianos destaca la obra de Bion, Meltzer, Joseph y Etchegoyen, y algunos de sus conceptos se emplean con frecuencia en la técnica actual. En sus últimas obras desarrolla ideas que plantean problemas epistemológicos originales y dignos de una discusión profunda.

En distintos lugares del mundo hay psicoanalistas que tratan de combinar ideas de diferentes autores o esquemas referenciales, en búsqueda de criterios más amplios para ser aplicados a diferentes patologías.

Describiremos algunos elementos esenciales de la técnica psicoanalítica actual. También ciertos dilemas producto del pluralismo teórico y técnico, caminos de convergencia y divergencia, distintas opciones que se pueden tomar. Los temas que consideramos centrales en el psicoanálisis contemporáneo.

Podemos tomar como punto de partida cuestiones básicas para la comprensión de un proceso psicoanalítico. El requisito principal para que se realice un tratamiento de estas características es la aplicación del método analítico en la comprensión de la vida mental y emocional de una persona. Tarea que se realiza entre ambos participantes del proceso terapéutico: paciente y analista, cada uno con funciones definidas. Creemos que la mayoría de los psicoanalistas actuales (aunque no todos, como explicaremos más adelante en este capítulo) estaríamos de acuerdo con esta definición.

Nuestra postura básica sobre estos temas implica resaltar las siguientes condiciones técnicas:

- Mantener la idea de la interpretación como instrumento principal del analista, así como la asociación libre y el relato de sus sueños como labor imprescindible del paciente. También se debe apreciar la importancia del encuadre para el proceso psicoanalítico.
- Considerar la transferencia como la externalización simultánea del pasado y de la realidad psíquica actual. Se establece una estructura de relaciones de objeto y vínculos emocionales que se producen tanto al interior de la situación analítica como fuera, en las relaciones interpersonales, en el pasado y en el presente.
- Estudiar las fantasías inconscientes de la realidad psíquica, que se manifiestan tanto en la transferencia latente como en la explícita.

Desde *El psicoanálisis después de Freud* (1989) y *Las perspectivas del psicoanálisis* (2001), hemos agregado las siguientes ideas nuevas a nuestra técnica:

- Buscar interpretaciones complejas.
- Moverse con mayor fluidez y capacidad retórica, imaginativa y de comunicación en la formulación de las interpretaciones, a partir de las ideas y teorías de diferentes autores del psicoanálisis actual.
- Hablar más en las sesiones, tomando muy en cuenta el clima emocional y la receptividad del paciente (aunque siempre hemos trabajado de esa manera).
- Estar atento al cuidado meticuloso de la salud de los pacientes, lo cual no es una tarea interpretativa.
- Incorporar a la práctica con mayor frecuencia que hace veinte años los criterios de incertidumbre, ensayo y error y acercamiento progresivo a verdades parciales, creyendo menos en una verdad única o certezas estrictas cuando

interpretamos.

Estos puntos de vista son los que mantenemos de manera constante siguiendo a autores freudianos y posfreudianos, desarrollando algunas de sus ideas y cambiando otras según las experiencias que acumulamos en el trabajo clínico y la enseñanza del psicoanálisis. Las interpretaciones describen los contenidos que se expresan en el vínculo transferencia-contratransferencia. Pensamos que no es adecuado realizar interpretaciones genéticas, como algunas que los analistas kleinianos podían formular en los cincuenta y sesenta. Ya no se interpreta así en ningún lugar del mundo. Sería hablar de postulados teóricos, no de descripciones de las fantasías inconscientes del paciente en el vínculo transferencia-contratransferencia. Además implicaría hacer afirmaciones que ni el paciente ni nosotros podemos confirmar.

Se pueden interpretar fantasías y libretos kleinianos del funcionamiento primitivo de la mente sin darles un alcance genético, es decir, sin referirlos a experiencias similares a las que se vivieron de bebé. El ejemplo de una interpretación actual que describe la misma fantasía sería: «Cuando usted entra al consultorio mirando con tanta curiosidad, quizá puede sentirse como un niño que desearía entrar al cuerpo de la madre para revisar todo lo que ella tiene adentro. ¿Se dio cuenta de que eso les pasa muchas veces a los niños cuando la madre está embarazada? ¿O por la mañana cuando entran a la habitación de los padres para inspeccionar y saber qué hizo el papá la noche anterior con la mamá?».

Más allá de las renovaciones teóricas y de muchas aportaciones contemporáneas, los puntos mencionados pueden ser el eje creativo del trabajo clínico.

La experiencia profesional y de vida de los terapeutas les permite acumular el conocimiento clínico necesario para conocer, leyendo entre líneas, lo que los pacientes imaginan o perciben que puede estar sucediendo dentro de ellos. Veamos un ejemplo.

Se trata de un hombre de 32 años, instructor de un gimnasio, que dice en la primera entrevista: «Yo puedo hacer con la gente lo que quiero». Un terapeuta con mucha experiencia clínica y de vida podría entender rápidamente que el paciente, si es heterosexual, usa su posición en el gimnasio para acostarse con señoritas o señoras casadas. Paralelamente, el paciente puede no darse cuenta de que quizá son ellas las que lo seducen a causa de sus conflictos edípicos, por celos o el deseo de hacer actos transgresores.

Teniendo conocimientos de la tarea psicoanalítica, uno puede ubicarse rápidamente en las emociones y conflictos más importantes que se establecen en la vida cotidiana de las personas que consultan.

Un hombre joven que vive con su madre y cuyo padre falleció al poco tiempo de su nacimiento asegura: «Yo nunca sentí necesidad de tener un padre». Luego, agrega que tiene un vínculo muy cercano y confortable con su madre. El psicoanalista con conocimientos clínicos podría interpretar esa frase con el siguiente significado: «En realidad, he formado con mi madre una pareja tan exclusiva del uno para el otro, que me gusta que estemos los dos solos». Podría ser que una situación que motiva su consulta es que no logra formar una

pareja satisfactoria con las mujeres que le gustan. Este argumento —que también puede ser entendido como un diagnóstico presuntivo— queda confirmado cuando, ya comenzado el tratamiento, el paciente narra las disputas con su madre como si fueran peleas matrimoniales.

O también podría ocurrir, por ejemplo, que al entrar a una sesión el paciente pida que abramos la ventana porque nota el aire enrarecido, y a continuación nos relate síntomas claustrofóbicos. El analista los relacionará inmediatamente con el vínculo posesivo de exclusividad recíproca que el paciente mantiene con su madre.

La *escucha analítica* es la combinación de los conocimientos teóricos con la experiencia psicoanalítica del terapeuta. Vemos algunos terapeutas que pueden hacer muy bien este tipo de aprendizaje y trabajo. Otros, quizá por no haber realizado buenas terapias o bien por dificultades internas, no logran interpretar psicoanalíticamente las manifestaciones de sus pacientes.

Podemos considerar la *neurosis de transferencia* como un sólido concepto freudiano que marca los fundamentos y el desarrollo del tratamiento psicoanalítico. Freud describe este fenómeno desde épocas tempranas en el descubrimiento del psicoanálisis. Lo define como una nueva enfermedad que adquiere el paciente al reproducir en la situación analítica los mismos síntomas que lo trajeron al tratamiento, dentro de un encuadre y en relación con la persona del analista. Todo el proceso terapéutico consistirá en ayudar al paciente a curarse de la neurosis de transferencia, lo que implica la resolución de los síntomas de su enfermedad mental. Se reproducen en el tratamiento todos los conflictos de la sexualidad infantil reprimida, actualizados en el vínculo transferencial. Los contenidos centrales de esta fase son los descubiertos por Freud en los *Tres ensayos de teoría sexual* (1905): el conflicto edípico; los celos y el enojo hacia el progenitor del otro sexo; el deseo de agredir, sustituir, matar, al progenitor del mismo sexo; la curiosidad infantil por el origen de los niños; los celos hacia los hermanos; la ansiedad de castración; y el Edipo directo e invertido (por la bisexualidad constitutiva del ser humano).

La comprensión e interpretación de los conflictos específicos que se desarrollan en el material analítico permitirán, a través de la elaboración del paciente, que los síntomas producidos por dichos conflictos inconscientes se resuelvan progresivamente durante el tratamiento.

Un ejemplo clínico es el de una adolescente de 18 años con un conflicto infantil edípico no resuelto, que al sufrir una decepción amorosa con su novio busca establecer una relación con un hombre divorciado, veinte años mayor que ella, porque quiere «formar una pareja con alguien maduro que sepa cuidarla». De más está decir que para analizarse elige un terapeuta bastante mayor que ella.

Como mencionamos antes, la transferencia, desde la teoría freudiana, será entendida por referencias directas en el material psicoanalítico a la persona o a las funciones del terapeuta, sus características individuales o las del consultorio, cuando aparezcan en el

material manifiesto. En el ejemplo anterior probablemente Freud pensaría en la emergencia de un amor de transferencia como actualización del conflicto edípico de la paciente. Desde esta misma perspectiva será comprendida la neurosis de transferencia. Si una persona cuenta en sesión que consultó a un médico por problemas de salud y sintió desconfianza ante algunas cosas que ese doctor le dijo, estaría aludiendo probablemente (habría que corroborarlo) a un sentimiento de desconfianza que le produce el terapeuta. En el relato manifiesto, la transferencia se expresa por la presencia de un médico que le dice cosas que el paciente no cree. Del mismo modo, el contenido transferencial actual se entiende como una repetición de sentimientos infantiles del pasado, donde se sentía desconfianza hacia los padres. Así, logramos acceder a conflictos infantiles inconscientes en la transferencia, la cual es comprendida como una relación dialéctica entre el pasado y el presente.

Muchos analistas contemporáneos piensan que la transferencia freudiana constituye tan solo un nivel, el triádico, de un espectro más amplio que integra la transferencia como fenómeno total. Cuando en el tratamiento aparecen estos conflictos triangulares edípicos, habitualmente las interpretaciones se refieren a conflictos inconscientes que reproducen los del período sexual infantil. La ansiedad que predomina es la de castración. Las interpretaciones aluden a aspectos neuróticos de la personalidad del paciente.

Otro nivel de comprensión de la transferencia es el diádico (o transferencia temprana), que implica la repetición de conflictos del psiquismo temprano, principalmente en cuanto al vínculo con la madre y en el que suponemos un funcionamiento primitivo de la mente, con relaciones de objeto, ansiedades y defensas primitivas, o bien estados de diferenciación e indiferenciación, de simbiosis o individuación, o de apego adecuado o inadecuado, según la teoría del desarrollo que se elija. Existen vivencias intensas desde el comienzo de la vida mental, experiencias de cercanía y alejamiento, emociones que muchas veces son vividas como sensaciones corporales y que han sido estructurantes del psiquismo en los primeros períodos del desarrollo. Definimos el nivel diádico en términos amplios para incluir varios esquemas referenciales que describen el funcionamiento primitivo de la mente y experiencias preverbales con distintas maneras de entenderlo (Klein, poskleinianos, Winnicott, Mahler, Kohut, Piera Aulagnier, entre otros).

Considerar la transferencia temprana implica asumir una posición técnica que fue rechazada en etapas previas del conocimiento psicoanalítico, hasta inicios de los años cincuenta. Los primeros analistas que la tomaron en cuenta fueron los kleinianos, favorecidos por las experiencias que tenían en el análisis de niños pequeños. Actualmente, esta postura es aceptada por la mayoría de los esquemas referenciales del psicoanálisis. Como ya mencionamos, la transferencia temprana supone que el paciente, cualquiera que sea su nivel de gravedad, reproduce en el tratamiento experiencias de períodos preverbales. No se descifra a través de referencias concretas a la persona o

función del terapeuta, como en la transferencia freudiana. Se expresa principalmente mediante los elementos preverbales y paraverbales de la comunicación del paciente. Los kleinianos y poskleinianos entienden la transferencia temprana como una externalización de la estructura psíquica primitiva que el paciente tiene en la actualidad y no exclusivamente como una repetición del pasado temprano. Es una comprensión ahistórica, estructural de la transferencia.

En su tesis doctoral *Escenarios psíquicos de la mujer durante el embarazo*, Gabriel Espíndola afirma:

... en este período de la vida, la mujer con estructuraciones neuróticas, o bien tendientes a la salud mental, presenta aspectos primitivos que deben ser considerados como propios del estado de la mujer gestante [...] no como procesos patológicos (2013: 313).

El embarazo se establece como un catalizador de emociones tempranas [...] el cuerpo y el falo son depósitos de fantasías que indican una primacía de lo temprano durante este período, lo que no hace excluyente lo histórico o edípico (2013: 321).

La *transferencia latente* se infiere principalmente a través de las manifestaciones preverbales y paraverbales del paciente. Puede ser su actitud, gestos, mímica, tono de voz, movimientos, cambios de posición o interrupción de la sesión, si se mueve mucho o se queda exageradamente quieto, reacciones espontáneas que, más allá del discurso, impregnan la sesión. También incluye las características del vínculo emocional que comparten paciente y analista, así como todo lo que el terapeuta capta, a veces intuitivamente, a través de su propio estado mental y afectivo. Es necesario prestar especial atención a la ansiedad de separación que a veces produce desorganización, orgullo herido, celos, rivalidad o defensas maníacas. Podemos citar, como ejemplo de estas últimas, un paciente de Marta Puig, que le dijo: «Ahora tendré más dinero si usted se va de vacaciones».³

Marta Puig diferencia varios tipos de ansiedad de separación frente a interrupciones, vacaciones, intervalos entre una sesión y otra o comienzo y final de la sesión. Con su enfoque, evita el estereotipo de interpretar sentidos como: «Ahora que no nos vimos me extrañaste». Puig discrimina que en ocasiones el paciente ignora la separación y desplaza el conflicto a otras personas. En otras oportunidades siente celos o compete con su analista comparando entre las vacaciones que tomaron uno y otro. También puede surgir mucho enojo narcisista promovido por transferencias infantiles: así como los padres deciden situaciones, obligaciones y tareas en la familia sin consultar con el niño, el paciente se disgusta de que el analista decida sobre sus vacaciones sin consultarlo (igual sucede con la posición en el uso del diván, ya que plantea la misma asimetría: uno que se sienta atrás y mira y otro que no puede ver al analista). Habrá que estudiar —nos dice la Dra. Puig (2012)— la especificidad de las emociones del paciente, sin hacer interpretaciones estereotipadas sobre el tema.

Este nivel de comprensión de la transferencia predomina en el momento actual en la mayoría de los grupos psicoanalíticos. Lleva a trabajar centralmente en el *aquí y ahora* de la sesión.

Una paciente de 28 años, muy sensible a cualquier situación de separación, en un período de vacaciones de su terapeuta no tolera quedarse sola en el lugar donde vive y vuelve a casa de sus padres, quienes habitan en otra ciudad. Tiene una sensación de soledad que solo el vínculo muy apegado a la familia logra atenuar. Presenta, además, síntomas gastrointestinales. Cuando vuelve al tratamiento se calma al reencontrarse con su analista, pero a la vez sufre por tener que separarse de su madre.

Acude a la primera sesión, posterior a las vacaciones, muy abatida, lo que se revela en su postura y su manera de caminar. Lo primero que dice es que tiene mucho frío, y le reclama al terapeuta que el consultorio no sea más cálido. Cuenta que volvió a casa de sus padres. El analista detecta intuitivamente, por el tono de voz, que la paciente está esperando con impaciencia que él le diga algo. Habla de temas sueltos, pero transmite que está buscando un contacto urgente con su analista. El clima predominante en la sesión expresa ese nivel primitivo diádico, en que la paciente se siente como una bebé desesperada por tener cerca a su madre; predomina en ella una intensa ansiedad de separación. Lo que busca es retomar el vínculo para que la cercanía con el terapeuta la tranquilice. Cuenta un sueño: «Se me pierde un gatito en la calle, siento angustia en el sueño porque si yo no estoy cerca, temo que el gatito se muera». Lo que el analista percibe y trata de transmitir a la paciente son los conflictos del nivel diádico primitivo de su mente, que no tolera estar expuesta a sentimientos de separación. Son muy intensos y difíciles de tolerar. Cuando el terapeuta le dice: «Me parece que fue muy doloroso para ti soportar la separación de mí durante las vacaciones y tuviste que volver con tu mamá tratando de calmar ese dolor, al revivir en el contacto con tu madre emociones de cuando eras pequeña», la paciente se alivia y siente en el análisis un vínculo de comprensión emocional y cercano con el terapeuta.

Así puede calmar, y quizá empezar a comprender un poco, sus ansiedades predominantes en ese momento. Si le interpretamos celos o exclusión en un nivel triádico de la transferencia, su ansiedad no se aliviará ni se sentirá comprendida en su conflictiva central. En la siguiente sesión cuenta que mientras estuvo con sus padres, su amiga íntima se hizo novia de un muchacho. Esto la enojó mucho y entonces ya no quiso hablar ni salir con ella. Como podrá advertirse, el clima emocional en esta sesión es totalmente diferente al de la sesión anterior. En esta nueva temática el material se desarrolla en un nivel triádico, más al estilo freudiano. Se expresan conflictos vinculados con el complejo edípico, su exclusión frente a la amiga en pareja, celos, rivalidad, deseos de ocupar el lugar de la madre.

Estamos totalmente de acuerdo con la idea desarrollada por Betty Joseph de *la transferencia minuto a minuto* en la sesión, que se refiere a la necesidad de que el analista sea capaz de detectar las variaciones que pueden producirse, no solo en diferentes sesiones —como es el caso del ejemplo anterior—, sino también dentro de una misma sesión, y en qué nivel de la transferencia se están expresando las ansiedades de ese momento en el vínculo transferencia-contratransferencia. Por supuesto, para poder realizar bien esta tarea se requiere experiencia, sensibilidad e intuición por parte del analista, así como la capacidad para detectar los cambiantes matices de su contratransferencia.

El material de la sesión en un nivel transferencial diádico puede prevalecer cuando

atendemos pacientes con patologías más graves que la neurosis. Además, la comprensión de esta diferencia entre el nivel diádico y el triádico de los conflictos expresados permite al terapeuta explicarlos de un modo más veraz y más cercano a la comprensión que el paciente puede lograr de su situación emocional. El analista está siempre atento al contenido de las interpretaciones, al cómo y cuándo las dice, teniendo en cuenta la mayor o menor receptividad del paciente en cada momento de la sesión.

En pacientes muy graves, las separaciones suelen producir un gran impacto haciéndoles experimentar ansiedades de desintegración o disolución, con una intensa angustia y acompañadas de un alto grado de confusión, como se puede apreciar en el siguiente ejemplo:

Una paciente de 35 años comienza su tratamiento en un estado de intensa desorganización mental, con síntomas claustro-agorafóbicos y ansiedad extrema. Al cabo de un año de tratamiento, y a raíz de un sueño que la asombra mucho, indica que desde los 12 años no ha podido ponerse faldas, solo pantalones bastante ajustados, especialmente cuando sale a la calle. Al preguntarle el motivo, dice: «Si me visto con una falda, tengo miedo de que el aire de la calle la levante y siento que mi cuerpo se puede diluir con el viento y yo desaparecer». Esto, unido a las ansiedades intensas de índole psicótica que siente cuando se queda sola, creemos que expresa una ansiedad de desintegración a través de su fantasía de disolución.

En cuanto al uso de la contratransferencia como un instrumento de comprensión de los conflictos del paciente, fue un tema controvertido a partir de los años cincuenta, cuando surgió como una idea del grupo kleiniano al incorporar el concepto de *identificación proyectiva* en la comprensión del estado mental del paciente durante la sesión.

Ni Freud ni Klein aceptaron este cambio. Sostuvieron siempre que la contratransferencia es un problema del analista y que interfiere en la comprensión del inconsciente del paciente. Sin embargo, la propuesta del grupo kleiniano fue aceptada paulatinamente por la mayoría de los grupos psicoanalíticos, y en la actualidad es considerada como un elemento esencial, que forma parte del vínculo transferencia-contratransferencia desarrollado en la sesión. El tratamiento analítico de pacientes graves ha corroborado su utilidad.

Cuando decimos que el proceso analítico se desarrolla en el vínculo transferencia-contratransferencia, estamos subrayando que toda interpretación tiene que explicar, en algún momento de la sesión, cómo se están manifestando las fantasías principales que el paciente expresa en esa sesión y en la relación transferencia-contratransferencia. Si los conflictos inconscientes son interpretados solamente en la realidad externa o en el pasado, serán entendidos por el paciente como explicaciones teóricas, comprensión amistosa por parte del terapeuta, o bien una forma de apoyo o sugestión.

El tratamiento está dirigido centralmente a la comprensión de la realidad psíquica, que siempre se externaliza en el vínculo paciente-terapeuta. Solo esas interpretaciones, formuladas en el *aquí y ahora* de la relación analítica, pueden ayudar al paciente a tener

una comprensión actual y vivencial de su estado mental, aunque lleve tiempo y paciencia construirlas o descubrirlas —y no siempre lo podemos hacer en una misma sesión. De esta manera logramos el objetivo del análisis: ayudar al paciente a develar y elaborar las verdades de su inconsciente. Pensamos que la interpretación del analista y el *insight* del paciente siguen siendo los instrumentos esenciales de esta tarea.

Algunas de sus consecuencias directas son que nunca tomaremos lo que el paciente cuente de su historia con la convicción de que así sucedió realmente. Siempre su relato es una construcción que está deformada por sus conflictos inconscientes y sus mecanismos de defensa. Otro elemento importante es la vigencia de la idea de *series complementarias* de Freud. Existen en forma constante elementos internos que se combinan con otros de la realidad externa. De esta manera, se forma una estructura compleja en donde la realidad ambiental nunca puede explicar totalmente el origen de la enfermedad mental.

Esto jerarquiza la idea de realidad psíquica como una estructura con contenidos de distinta índole, que no admite una explicación unicausal ni totalmente ambientalista.

También es significativo el concepto de responsabilidad por la realidad psíquica, puesto que las fantasías son vividas por el sujeto como elementos concretos que producen consecuencias en su estado mental.

Las reglas establecidas por Freud para asegurar que el análisis sea un diálogo único y peculiar, distinto a cualquier otro tipo de vínculo humano entre dos personas, siguen siendo, en nuestra manera de pensar, esenciales para entender y ayudar al paciente a determinar de qué tratan los contenidos inconscientes que predominan en su realidad psíquica.

La asociación libre por parte del paciente, la abstinencia, la atención flotante y el cuidado del encuadre por parte del analista, su evitación de elementos que promuevan la sugestión, así como el *furor curandis* y cualquier variedad de una técnica activa, junto con el uso de la interpretación y el *insight* como instrumentos privilegiados para lograr modificaciones no solo sintomáticas sino estructurales en el estado mental del paciente, siguen siendo la esencia del método psicoanalítico.

Freud hablaba de levantar las resistencias y la represión para que surjan los deseos inconscientes y los conflictos reprimidos. Hoy preferimos decir que se trata de describir en la sesión las fantasías inconscientes más específicas y cercanas a la comprensión del paciente.

El libro *Lo psíquico: fantasía, fantasma y realidad* (Espíndola *et al.*, 2011) fue dedicado justamente a estudiar el tema del análisis de las fantasías inconscientes tanto en sus aspectos teóricos como en su aplicación rigurosa durante la sesión. Se discutieron casos clínicos en mesas redondas con analistas que poseen diferentes enfoques teóricos. Además se realizaron presentaciones que esclarecieron la historia, el concepto, las

variantes y el uso actual tanto de la fantasía inconsciente como de su interpretación en la clínica.

Algunas de las condiciones del encuadre reciben cuestionamientos en el psicoanálisis actual. La idea de *atención flotante*, como un estado mental en el que escuchamos el material del paciente sin seleccionar un tema ni dirigir la atención hacia algunos conflictos, por importantes que parezcan, sigue siendo un instrumento destacado en la manera de escuchar del analista. Creemos que esto permite al terapeuta lograr cierta cercanía (quizá no objetividad) en la comprensión de los conflictos del paciente. Su realidad psíquica solo puede ser inferida, nunca captada tal cual es. Tampoco se piensa que es única, tiene múltiples vértices y una permanente oscilación. Otra limitación importante para esta condición del analista es que la teoría desde la cual escucha y entiende los conflictos del paciente define el qué y el cómo comprende el material. Tengamos además siempre presente que son muchas las teorías psicoanalíticas actuales. Nuevamente se impone la idea de que existen formas y contenidos diferentes para entender un mismo sueño, síntoma o asociación libre y por ende, el diálogo posible entre esos diversos modos de entender el material será siempre lo más importante.

También la comprensión de la contratransferencia como instrumento privilegiado para entender los conflictos del paciente limita el ideal de objetividad freudiano. Lo transforma en un propósito no solo inalcanzable sino también indeseable. Lo que el analista escucha y entiende está inmerso en la patología del paciente: el histérico intentará seducirlo, el perverso excitarlo, el obsesivo controlarlo, tanto en el plano verbal como en el preverbal.

En este contexto, los conflictos personales que tiene el analista, su tolerancia al dolor mental, estilo personal, historia, la cultura en que se desarrolla, son elementos que ahora tomamos más en consideración.

Los modelos evolutivos de Freud representan un aspecto lineal y darwiniano de sus teorías. Así, habla de etapas secuenciales de la libido: oral, anal, fálica y genital, con progresiones y regresiones. Él piensa que dichas etapas constituyen puntos de fijación que son determinantes de la enfermedad mental. Melanie Klein cambió este enfoque por un modelo estructural donde las combinaciones de fantasías orales, anales, fálicas, se mezclan, superponen o enfrentan, unas como defensas contra otras. La manera de comprender la evolución normal y patológica ha cambiado por modelos estructurales. Toman en cuenta mayor cantidad de elementos determinantes de la patología mental y se establecen desde períodos anteriores a los considerados por Freud. La relación entre factores internos, representados por la realidad psíquica, y elementos externos o ambientales, es entendida como una constante y compleja interacción.

Pero el método analítico que propuso Freud sigue siendo, a nuestro entender, una construcción genial y no superada, para tener acceso al estado mental de los pacientes. Por supuesto, actualizado por muchas aportaciones psicoanalíticas posfreudianas que

establecen direcciones heterogéneas. El campo de observación y reflexión se amplía y, a la vez, se hace más incierto.

La comprensión de la realidad psíquica, aunque sea mediante una hipótesis aproximada, permite ubicarnos en el centro de los conflictos inconscientes de la mente de una persona. Por supuesto que distintos analistas construirán diferentes aspectos de esa realidad psíquica. Nuevamente la incertidumbre. Siempre reiteramos que aun con buenas teorías se pueden hacer malos tratamientos pero que con marcos teóricos diferentes se logra ayudar al progreso del paciente. Pensamos, no podría ser de otra manera, que lo que afirmamos aquí es la opinión que más nos gusta y a la que consideramos superior por el momento.

Una paciente solicita consulta porque quiere dejar el tratamiento que lleva con otro terapeuta. Cree que su análisis actual está detenido y busca otro analista que, espera, la pueda ayudar más.

Luego de establecer una primera cita, llama por teléfono al nuevo analista para decirle que no se decide a dejar a su terapeuta anterior y le pide que la espere hasta que pueda decidir. Poco tiempo después solicita una nueva entrevista, a la que acude. Dice estar muy confundida, nuevamente pide consejo respecto a su problema, ya que le da temor dejar a su terapeuta actual. El analista se siente un poco fastidiado por la indecisión e insistencia de la paciente.

Más allá de esta actitud dubitativa que muestra la paciente como rasgo esencial de su carácter, se puede inferir que existe una parte infantil en ella que crea en su mente un drama de celos entre su terapeuta previo y el nuevo analista con quien consulta. Parece actualizar una escena entre los padres de su infancia, a los que intenta hacer pelear para sentirse la favorita. En este caso, desea que los dos terapeutas se enfrenten para conseguirla como paciente, mientras se sitúa como la niña princesa que quiere ser el centro de atención de ambos.

Cuando construye esta situación, ella no sabe que está manifestando un conflicto de su pasado infantil y, a la vez, actual. Solo siente que está pidiendo ayuda de la mejor manera posible (lo cual es estrictamente cierto). El terapeuta consultado se puede dar cuenta de la conflictiva central que está reproduciendo en sus acciones. Uno podría suponer —y así lo relata después la paciente— que de la misma manera que ocurre con los analistas, cada vez que tiene un novio aparece otra persona que le gusta más y no sabe con cuál de ellos quedarse. Es una repetición de conflictos infantiles que no pudo resolver bien y reaparecen en su vida presente. También lo repite transferencialmente con el analista, aunque aún no haya comenzado un tratamiento con él.

Muchos elementos han cambiado desde que Freud estableció su método analítico. Él pensaba que en el relato de un sueño era importante encontrar un significado principal, al que llamó *pensamiento del sueño*. En la técnica psicoanalítica actual creemos que un mismo sueño puede encerrar muchos significados, todos importantes. Continúa la necesidad de descubrir e interpretar los contenidos inconscientes, pero ya no es una única verdad, un solo deseo sexual infantil, ni siquiera el más claro o el más importante. Existen siempre muchos conflictos y significados que dependen del contexto, los recuerdos del paciente, su manera de entenderlos y su relación transferencial con el analista. También

dependerán de las teorías del terapeuta, su personalidad, su contexto sociocultural y muchos otros factores más. Renunciar a la idea de una sola verdad es trabajoso y crea incertidumbre. Buscar certezas en unidades de conocimiento (un solo aspecto o motivación de la mente) puede significar estar convencido de encontrar verdades absolutas. Pero corremos el riesgo de ser simplistas y al final equivocarnos más.

Hablando específicamente de los sueños, Ana María Wiener (2013) expresó en la conferencia «¿Qué nos dicen los sueños?»:

Las posibles interpretaciones que podemos hacer con respecto a un sueño no son certezas. Se piensan como ideas que pueden aplicarse a un momento determinado de la vida del paciente y de su funcionamiento mental. Tanto Bion como Meltzer piensan que los sueños son esencialmente la función que se encarga de la manera en que la mente procesa las experiencias emocionales y generan significados múltiples. Hoy los sueños se comprenden como los posibles significados emocionales que para el paciente puede tener su vida, sus relaciones interpersonales, el sentido de su persona misma, sus valores. Freud buscó las causas en los contenidos latentes que determinaban los síntomas o actos fallidos. Consideró que los sueños eran una comunicación del inconsciente. Actualmente buscamos sentidos, una comprensión emocional completa sobre lo que significa para el sujeto ser él mismo.

Freud pensó que el tratamiento analítico solo podía aplicarse a las neurosis, los trastornos de carácter y las depresiones no muy graves. Sin embargo, trató pacientes de patologías que hoy consideramos más severas de lo que él creyó en su momento. Esta idea ha sido mencionada muchas veces en el estudio de sus historiales clínicos. No obstante, estos siguen siendo, para la mayoría de los analistas, ejemplos magistrales de la aplicación del método psicoanalítico.

También los tratamientos actuales son mucho más largos y están enfocados a lograr cambios en la estructura psíquica (nos referimos sobre todo a los aspectos del carácter y la personalidad) más que buscar alivios sintomáticos.

Atención terapéutica de pacientes graves

En el psicoanálisis contemporáneo la polémica de si las patologías mentales graves son accesibles o no al tratamiento psicoanalítico desapareció, cediendo su lugar a discusiones más actuales. Todos los psicoanalistas coinciden en que se trata de pacientes que sufrieron perturbaciones severas en los períodos tempranos del psiquismo —principalmente los dos primeros años de la vida—, en sus primeras relaciones de objeto con la madre. Es decir, en sus vínculos diádicos.

Las características mentales de la madre, su tranquilidad, paciencia, capacidad de amor y dedicación al bebé tanto en un sentido físico como emocional (*preocupación maternal primaria*, Winnicott, 1956), desempeñan un papel primordial para que la mente del niño se desarrolle adecuadamente.

Las teorías sobre el desarrollo temprano que formularon distintos psicoanalistas también varían y son en realidad imposibles de comprobar en el paciente adulto. Quizá es una situación más probable cuando se mira al niño en su contacto con la madre, o bien con los métodos de observación sistemática de bebés planteados por diferentes autores. De todos modos, es importante discriminar entre los vínculos con los objetos externos y con los internos, no siempre coincidentes. Como muchas veces se ha planteado, estas teorías son *mitos de los orígenes*. Tampoco los estudios evolutivos contemporáneos, que investigan la interacción temprana madre-bebé como sistemas de regulación mutua — tales como los de Daniel Stern y Louis Sander (1980)—, permiten llegar a conclusiones en este sentido.

El punto de interés en nuestro enfoque sobre la técnica psicoanalítica es que las nuevas perspectivas teóricas sobre el desarrollo psíquico temprano definen formas de entender las patologías severas y, muchas veces, variaciones significativas en la técnica.

Las distintas opciones terapéuticas que se formulan en la actualidad para pacientes graves pueden ser agrupadas en torno de algunos temas centrales. Trataremos de describir los polos conceptuales de este debate:

1. La agresividad como factor importante en las patologías graves
 - a. Origen congénito (o pulsional) de la agresividad, aunque los factores ambientales pueden aumentarla.
 - b. La agresividad es originada por causas ambientales.
2. El tipo de tratamiento que se puede practicar con estos pacientes
 - a. Se mantiene el encuadre clásico, donde el objetivo sigue siendo, como en los neuróticos, ayudar al paciente a elaborar los conflictos de su realidad psíquica. Se analizan los síntomas, ansiedades y defensas en el nivel temprano, diádico de la transferencia. En nuestra experiencia personal atendimos pacientes graves, fronterizos o no neuróticos con esta actitud y obtuvimos buenos resultados terapéuticos.
 - b. Se proponen cambios en la técnica, por considerar que la interpretación y el *insight* no son los instrumentos adecuados para ayudar al paciente grave. En cambio, se usan otros instrumentos para lograr un vínculo adecuado de comprensión del estado mental del paciente. Estos factores terapéuticos dependen de la teoría del desarrollo temprano que tenga cada autor o grupo psicoanalítico.
3. Límites del análisis como experiencia terapéutica para los pacientes graves
 - a. La realidad psíquica del paciente en el momento de la terapia es una estructura autónoma e independiente de las causas que la originaron. Por lo tanto, se siguen usando la interpretación y el *insight* para entender los conflictos centrales de su vida mental. No se pueden revivir las experiencias pasadas para corregirlas en el

tratamiento. La psicoterapia psicoanalítica solo puede ayudar al paciente a resignificarlas, es decir, a ampliar los significados que esas vivencias tienen para él, teñidas de su propia agresividad y conflictos. Por lo tanto, se mantiene la técnica clásica con las limitaciones que presenta en su aplicación en los pacientes graves.

En nuestra práctica clínica mantenemos este criterio. Separamos el momento de génesis de aquel en que tomamos al paciente en tratamiento, con su estructura mental ya formada. Un acercamiento hipotético es el de las teorías de los orígenes y otro muy diferente es en el que construimos o elaboramos interpretaciones de lo que acontece en la mente y la vida del paciente durante la sesión.

- b. El análisis ofrece a los pacientes la posibilidad de revivir experiencias tempranas que determinaron la gravedad de su patología. Se considera que esta es el resultado de que los objetos del *self* del paciente (sus padres) no pudieron cumplir de manera adecuada sus funciones (Kohut), o bien que los cuidadores (*care-givers*), no tuvieron la suficiente sintonía afectiva para permitir que el paciente sintiera validadas sus experiencias. Esto sería una condición *necesaria* para lograr la cohesión del *self*. El terapeuta tendrá que cumplir las funciones que las personas cercanas del paciente (los padres) no pudieron efectuar en la medida necesaria. La confianza que el paciente establezca en el nuevo vínculo con el terapeuta le permitirá desarrollar elementos detenidos o deficitarios, que posibilitarán que se amplíe su espectro de nuevas experiencias a partir del tratamiento.

4. Comprensión de la estructura mental de los pacientes graves

- a. Sufren conflictos inconscientes en su estructura psíquica que provienen de relaciones de objeto internas, ansiedades y defensas de los períodos tempranos del desarrollo. Se mantiene la técnica clásica, modificando los instrumentos de comprensión que tiene el terapeuta para estos conflictos. La agresividad es entendida como un factor principal en su patología. Los tratamientos son más difíciles, requieren muchas sesiones por semana, también los resultados son más inciertos y la contratransferencia más intensa y compleja de manejar para el terapeuta.
- b. Se entiende la enfermedad de estos pacientes como respuesta a un déficit en la estructura psíquica, que sufrieron en su desarrollo por la falta de respuesta adecuada de sus padres y cuidadores. Algunos teóricos con esta tendencia entienden los síntomas y conflictos que presentan los pacientes como estructuras defensivas frente a ansiedades de desintegración. Esto hace que la patología que presentan —muy grave en la mayor parte de los historiales— no sea considerada

tan significativa en sí misma, en la medida en que es entendida como una forma de encubrir ansiedades psicóticas más profundas, por falta de cohesión del *self*. En otras perspectivas psicoanalíticas, la patología es considerada una forma de defensa frente a situaciones traumáticas tempranas, a veces repetitivas. Esto coincide con una explicación de la enfermedad mental que no toma en cuenta la agresividad propia del paciente como componente significativo, sino que la considera el resultado de factores ambientales que la produjeron o acentuaron.

5. Límites del tratamiento de pacientes graves

- a. Los cambios que se pueden conseguir en estos tratamientos son limitados, con frecuentes fracasos terapéuticos. Se trata de lograr procesos de integración frente a estados crónicos de disociación, fragmentación, aspectos psicóticos de la personalidad y el uso de defensas primitivas con ansiedades intensas. Existe en el paciente poca tolerancia al dolor mental y a la frustración.
- b. Se cree que el análisis, a través de modificaciones técnicas, puede cambiar el funcionamiento mental, favoreciendo la creación de estructuras nuevas que no existían hasta ese momento. Hay mayor optimismo terapéutico y, en nuestra opinión, el peligro de idealizar omnipotentemente el método utilizado. Estos terapeutas consideran, cosa que nuestro juicio resulta muy difícil de creer, que los síntomas delirantes y alucinatorios de pacientes psicóticos desaparecen en la medida en que sus vivencias y emociones son validadas por la aceptación que el analista tiene de sus estados mentales, mediante una adecuada sintonía afectiva.

El esquema que acabamos de desarrollar, en un intento de sistematizar los grandes debates y discrepancias del psicoanálisis contemporáneo resulta, como cualquier ejercicio de simplificación, un poco reductivo. Sin embargo, pensamos que puede ser útil para diferenciar los dilemas técnicos centrales que se producen en el trabajo terapéutico, puesto que provienen de fuentes distintas y, a veces, hasta opuestas.

Como podrá apreciar el lector, es posible agrupar el primer inciso de todas las opciones en una sola categoría. Esta no es única, sino que está compuesta por varios modelos técnicos derivados de distintos esquemas referenciales. Lo mismo podemos hacer reuniendo el segundo inciso de todas las opciones en un conjunto no homogéneo, que incluye una variedad de instrumentos terapéuticos diferentes. La variedad registrada depende en gran medida de las distintas teorías que existen en la actualidad sobre el desarrollo temprano, las que, como hemos mencionado, muestran un alto grado de incertidumbre.

El problema de la agresividad y cómo lo entienden los distintos esquemas referenciales del psicoanálisis contemporáneo es fundamental, tanto en la teoría como en la técnica. Se trata no tanto de la existencia de la agresión en la mente, sino de su origen. Es un tema

principal en el tratamiento de pacientes graves, puesto que estos acumulan con frecuencia una agresión intensa, a veces dirigida a los demás y otras en contra de sí mismos. Existen autores que, siguiendo a Freud y Klein, entienden la agresividad como un fenómeno intrínseco a los contenidos de la mente (la podemos llamar *pulsión de muerte, impulsos destructivos, envidia primaria*, o simplemente una intensa agresividad, según la teoría que se prefiera). Elena Ortiz comenta acertadamente estos temas cuando nos dice que para Melanie Klein y los poskleinianos «la agresión es constitutiva de la mente, el vínculo con los objetos está teñido de ambivalencia» (2011: 29).

Lo que importa es que la consideran un elemento constitutivo de la realidad psíquica, al igual que la pulsión de vida, sentimientos amorosos, gratitud o capacidad de integración. Es una postura que no niega la existencia de factores ambientales que puedan incrementar o atenuar la agresividad, pero asume que esta siempre estará presente como un ingrediente de la psique humana. Desde esta perspectiva, se interpretarán las transferencias positiva y negativa tal cual aparezcan en el material psicoanalítico, tomando en cuenta principalmente cómo se expresan en la relación transferencia-contratransferencia. Los psicoanalistas que adoptan esta posición tienden a mantener la técnica del análisis clásico para los pacientes graves, al igual que lo hacen con los neuróticos. Por supuesto, tratando de comprender e interpretar los contenidos de las fantasías en el punto en que se hacen evidentes en los fenómenos transferenciales y contratransferenciales.

Cuando lo que se expresan son conflictos de una parte primitiva de la mente, las relaciones de objeto parciales, ansiedades y defensas primitivas darán lugar a reacciones transferenciales y contratransferenciales intensas y extremas. El terapeuta tiene que estar dispuesto a enfrentar estas tormentas emocionales tanto por parte del paciente como en su contratransferencia. Debe estar advertido de que estos tratamientos son complicados, turbulentos, más difíciles que cuando se atiende a pacientes neuróticos.

En estos casos, también se requiere la mayor cantidad posible de sesiones por semana, puesto que las ansiedades de pérdida y separación son vividas por los pacientes en intensidad catastrófica, con muy escasa tolerancia a las frustraciones surgidas en el vínculo terapéutico.

Es importante saber que muchas veces el tratamiento de estos pacientes tiene una fase experimental, con resultados terapéuticos inciertos. Esto ha permitido aumentar el conocimiento psicoanalítico de la parte psicótica de la personalidad. Se aplica con mejores resultados en el tratamiento de pacientes *borderlines* no tan graves, así como otros con rasgos perversos o psicopáticos, o con depresiones graves. Será necesario o no, según los autores, modificar ciertas condiciones del tratamiento para asegurar que estos se puedan llevar a cabo.

Como mencionamos anteriormente, estos terapeutas diferencian el momento en que se

formó la estructura psíquica del paciente, del estado mental que presenta cuando comienza el tratamiento. Suponen que en ese instante del método psicoanalítico solo pueden tener acceso a la realidad psíquica que muestra el paciente, con los instrumentos de la técnica analítica adecuados a la gravedad de sus problemas mentales. Creen que los contenidos de sus conflictos y fantasías y las huellas que su historia vital dejaron en su psique solo pueden ser entendidos y resignificados, favoreciendo lentamente procesos de comprensión vivencial y de integración. Consideran que la estructura mental no puede ser cambiada a través de experiencias actuales que no pasen por el *insight* y la integración de distintos aspectos de su mente. Este conjunto de analistas continúa privilegiando la interpretación de los conflictos psíquicos con sus ansiedades específicas en el vínculo transferencia-contratransferencia de la sesión. Los cambios terapéuticos se producen a través de las interpretaciones y el *insight* que los pacientes logren conseguir. No se trata de repetir la historia previa de carencias y déficits que el paciente vivió en su período temprano para sustituirla por nuevas experiencias en el tratamiento, sino de resignificar los sentidos que esa historia personal tuvo para él.

Es un grupo de psicoanalistas que incluye a kleinianos y poskleinianos, quienes desde los años cincuenta comenzaron a tratar pacientes psicóticos usando como instrumento principal la identificación proyectiva que Klein describió en 1946. Su premisa es que los pacientes graves tienen una parte psicótica que ha tomado el control de la mente. Las disociaciones extremas, negaciones, procesos de fragmentación, confusión y otros mecanismos psicóticos son comprendidos e interpretados tomando la identificación proyectiva como instrumento principal. También existen autores de los grupos que se denominan *freudianos contemporáneos* (donde se incluyen algunos procedentes de la Psicología del yo y otros annafreudianos) que comparten este mismo criterio.

En Estados Unidos, Kernberg (1975) tiene amplia experiencia en el tratamiento de pacientes *borderlines* graves, en los que se presentan fenómenos psicóticos intensos. Mantiene el encuadre clásico en sus aspectos fundamentales, interpretando las ansiedades y defensas primitivas desde una perspectiva principalmente kleiniana. A esta técnica la llama *terapia expresiva* para subrayar la necesidad de establecer medidas que limiten la intensa agresividad que presentan estos pacientes y de esa manera asegurar la permanencia del encuadre y la continuidad del tratamiento.

Quedan incluidos en este grupo autores franceses contemporáneos que siguen fundamentalmente las líneas teóricas freudiana y lacaniana, como Piera Aulagnier, quien mantiene el encuadre clásico del tratamiento psicoanalítico en pacientes psicóticos, aunque su línea teórica tenga un sesgo ambientalista por lo menos en cuanto a su etiología, a través de lo que llama *portavoz psicotizante* (figuras parentales). André Green es otro autor francés que se interesa por el tratamiento de pacientes graves (*psicosis blanca, la madre muerta*), desde una línea teórica que combina conceptos

freudianos y lacanianos con ideas de Winnicott y de Bion. También él mantiene el encuadre clásico, aunque tiene un matiz ambientalista en la comprensión de las patologías graves, por ejemplo, con la idea de *desinvestidura*, que señala el estado de depresión materna como el origen de ciertos cuadros depresivos graves. Este autor, con una capacidad de conceptualización teórica y clínica muy atractiva, es un buen ejemplo de algunos psicoanalistas contemporáneos que se nutren de las ideas de teóricos de diferentes esquemas referenciales, tomando de cada uno de ellos los conceptos e instrumentos que considera más útiles e interesantes. Cuando hablamos de *sesgo ambientalista* nos referimos a la génesis del conflicto mental. Puede ser que haya mucho de verdad en lo que piensan Green, Aulagnier, Lacan o Bion en cuanto a la incidencia de la madre real en las patologías graves, la perturbación que se produce en las relaciones simbólicas iniciales. Lo que cuestionamos no es la etiología propuesta, sino el tipo de interpretación que hacemos cuando la estructura psíquica ya se formó. Una vez constituida (reiterando una idea muchas veces comentada en este libro), debemos lidiar con los problemas transferenciales y contratransferenciales para construir las interpretaciones. Si se hacen demasiadas intervenciones «realistas» comentando los errores o conflictos parentales fuera del análisis de la transferencia, gran parte de las intervenciones que se producen actuarán por sugestión o favorecerán en el paciente una disociación entre pasado y presente. El otro grupo de analistas que se preocupa por el tratamiento de pacientes graves en el psicoanálisis contemporáneo sostiene que toda patología en un paciente de este tipo tiene su origen en carencias afectivas intensas sufridas durante los primeros períodos de su vida mental como bebé.

Esto es planteado en la teoría kohutiana como la ausencia de un *objeto del self* adecuado o, según los intersubjetivos, existió una falta de buena sintonía emocional (*attunement*) o más directamente una mala sintonía afectiva (*disattunement*) en las reacciones que tuvieron los cuidadores para dar validez a las emociones y vivencias del paciente, creando situaciones traumáticas que no permitieron que el desarrollo psíquico fuera normal. Una idea parecida es compartida desde muchos años antes por analistas británicos de las *relaciones de objeto tempranas*, como Winnicott, Fairbairn o Bowlby. Desde esta perspectiva el factor ambiental y familiar es el más importante. El ambiente está representado esencialmente por el estado mental y la disponibilidad amorosa de la madre. La agresividad no es considerada un factor primario, sino que es producida, o a veces aumentada, por la frustración de origen ambiental. En este grupo, la patología es entendida como resultado de déficits que se produjeron en el desarrollo temprano.

Cada esquema referencial recurrirá a su propio modelo del desarrollo temprano para explicar el origen y persistencia de la patología. Pero el factor común a todos ellos es la creencia de que las enfermedades mentales graves tienen un origen ambiental. También creen que existe la posibilidad de revivir experiencias tempranas en el tratamiento, que

podrán repetirse con el terapeuta en mejores condiciones que las originales. Esta situación permitirá que las experiencias pasadas se reestructuren o bien darán lugar a nuevas posibilidades en la situación transferencial. Desde esta perspectiva, se habla más de déficit del desarrollo y menos de conflictos intrapsíquicos.

Winnicott, un psicoanalista británico del *middle-group* o «grupo independiente», tiene una teoría del desarrollo temprano donde el bebé requiere una madre «suficientemente buena» —la define como la madre promedio—, capaz de proporcionarle las condiciones de cuidado físico y emocional mínimos, que permitan al infante evolucionar desde un estado inicial de indiferenciación *no-yo* hacia una diferenciación e integración que le proporcionen identidad y coherencia interna. Este autor cree que los pacientes muy graves no toleran las condiciones de un encuadre estricto como el que exige el psicoanálisis y piensa que es necesario ofrecer un encuadre más laxo con horarios flexibles en las sesiones —en algunas oportunidades a petición de los pacientes— para que soporten que el terapeuta los ayude a mejorar. También considera que las interpretaciones no son lo más adecuado para el estado mental del paciente, ya que este necesita que el terapeuta le permita hacer en el tratamiento lo que llama *regresión curativa* (Winnicott, 1954). Dicha técnica consiste en que el analista actúe como esa «madre suficientemente buena» que supla a la que en su infancia provocó las carencias de su desarrollo. Para esto tiene que ofrecer condiciones de calidez, comprensión, un estado afectivo receptivo a las necesidades emocionales del paciente. Winnicott piensa que el paciente se recuperará espontáneamente de su estado regresivo si el analista realiza bien su función materna. Desde esta perspectiva, las interpretaciones de los conflictos mentales no pueden surtir efecto porque no son comprendidas por el paciente. Vale decir que este autor propone una terapia que se aleja de las condiciones establecidas para el tratamiento psicoanalítico tradicional. No considera que estas patologías sean imposibles de curar por el método psicoanalítico, sino que propone cambios técnicos que permitan lograrlo.

Mahler (1968, 1977) es otra autora que delineó un modelo técnico diferente para el tratamiento de niños autistas y simbióticos. Realizó sus investigaciones en Estados Unidos, creando un centro de observación de bebés en el desarrollo normal y en la patología psicótica. Creó una teoría del desarrollo que se extiende desde el nacimiento hasta los tres años de edad. El bebé pasa por una fase autista en el primer mes de vida, que da lugar al tránsito hacia la fase simbiótica, la cual dura hasta aproximadamente el sexto mes. Este proceso finaliza con la fase de separación-individuación. Mahler inventó un modelo terapéutico que llamó *terapia tripartita*, donde el terapeuta tiene sesiones con el niño y la madre simultáneamente. La idea es crear una nueva simbiosis con el analista, que ayude a ambos miembros de la pareja simbiótica a poder separarse entre sí. El modelo de comprensión es psicoanalítico.

El grupo mahleriano parece haber perdido importancia en el psicoanálisis estadounidense actual. Pero la idea de diagnóstico de la patología simbiótica y la comprensión de los síntomas que desarrolla el paciente han quedado incorporadas a la nomenclatura psicoanalítica contemporánea. Es un diagnóstico muy útil y adecuado para entender cierta clase de cuadros patológicos que se observan con frecuencia. Es el caso de una paciente de 35 años, que vive con sus padres, nunca se ha separado de ellos, no tiene vida social ni laboral, ocasionalmente presenta síntomas agorafóbicos intensos y mantiene con su madre un vínculo de posesividad mutua que impide cualquier desarrollo personal en ella. Vive literalmente pegada a sus padres, con una vida emocional pobre. Este tipo de pacientes pueden tener una descompensación de características psicóticas, con elevada ansiedad, que se produce principalmente cuando quedan expuestos a intensas ansiedades de separación que no toleran en su mente. Suelen ser pacientes que, si toleran el tratamiento, se instalan en él tratando de mantener un equilibrio simbiótico con el terapeuta que los tranquiliza, pero a la vez experimentan mucha dificultad para tolerar cambios en su estructura psicótica.

También Kohut piensa que los pacientes con *trastornos narcisistas de la personalidad* muestran una patología diferente a las neurosis clásicas. Su teoría del desarrollo respecto al narcisismo difiere de la de Freud y otros autores del psicoanálisis tradicional. Sostiene que las relaciones de objeto no excluyen el narcisismo, el cual no es solamente una etapa del desarrollo de la libido hacia la relación de objeto, sino que constituye un campo independiente coexistente con la relación objetal durante toda la vida. Kohut considera que por una necesidad en la evolución del sujeto, este le transfiere al otro la perfección narcisista del yo arcaico en sus primeras relaciones de objeto. Los defectos inevitables en los cuidados maternos son los que impiden el equilibrio buscado. El niño requiere entonces crear los *objetos del self*, con los que trata de restablecer la armonía que requiere. Estos comprenden: el *self grandioso*, la *imago parental idealizada* y el *self gemelar*. Vale decir que los objetos del *self* son externos y el niño los vive como partes de sí mismo. De su integración y firmeza dependerá la cohesión que pueda lograr el *self*.

Cada uno de estos objetos posibilita un tipo especial de transferencia, que luego se desarrolla en el tratamiento por la necesidad que tiene el paciente de revivir en el análisis las fases primitivas de su desarrollo psíquico.

Kohut describe tres formas de transferencia:

1. *Transferencia idealizadora*. Surge en forma espontánea promovida por la actitud empática del terapeuta. Este se ofrece para que el paciente repita con él un momento previo del desarrollo temprano, en que las figuras de los padres no lograron que se produjera la *internalización transmutadora* necesaria para la formación de uno de los núcleos del *self rudimentario*. La terapia permitirá

restablecer ese momento específico del desarrollo del paciente que sufrió una grave perturbación. La actitud del analista consistirá en no reprimir ni desechar esta transferencia idealizadora que ahora el paciente repetirá con él, como parte del proceso de reparación de su *self*. El terapeuta no tiene que interpretar la idealización que de él hace el paciente, sería un error. Por eso hablamos de una modificación importante en la técnica analítica clásica. Este cambio proviene de la diferencia de comprensión que tiene Kohut sobre el aparato psíquico temprano en relación con el narcisismo. Su teoría no considera a la interpretación y el *insight* como los medios adecuados para ayudar al paciente. El factor principal de la terapia analítica es la empatía (calidez y cercanía del vínculo) con que el analista comprende las necesidades de objetos del *self* del paciente.

2. *Transferencia especular*. Está destinada a que el niño logre instalar un *self grandioso* como segundo polo del *self*. En él concentra toda la perfección y el poder en sí mismo y le permite desplegar su exhibicionismo y grandiosidad. Cuando los padres no han podido realizar bien esta función, el analista tendrá ahora que proceder como un espejo que refleje el placer narcisista del paciente. Este necesita que el terapeuta le devuelva empáticamente su imagen idealizada para conseguir la cohesión necesaria de otro polo del *self*. Por ejemplo, el paciente puede expresar con claridad su deseo de que el terapeuta lo admire, lo elogie. El analista tendrá que interpretar su temor de ser rechazado por las fantasías grandiosas que expresa. La experiencia terapéutica contrastará para el paciente con su previa sensación de haber sido rechazado por los padres ante su necesidad de que le confirmaran su grandiosidad.
3. *Transferencia gemelar o alter ego*. Se refiere a un área intermedia entre los polos idealizado y grandioso, en la que se instalan los talentos y habilidades de cada persona. Es un tipo especial de transferencia con un objeto del *self* sentido como idéntico al analizado, que permite experimentar una sensación de igualdad para confirmar la existencia del ser.

En consecuencia, se podrá comprender que Kohut propone modificaciones importantes a la técnica clásica. Quizá la más significativa es que la empatía del terapeuta se convierte en el elemento central del método psicoanalítico y de los recursos terapéuticos del analista. Deja de ser solo un elemento necesario para la comprensión de los conflictos del paciente. Dicha empatía queda transformada en el instrumento principal que puede producir cambios estructurales. En este sentido, el psicoanálisis de Kohut depende totalmente del vínculo empático entre analista y paciente. Ya no son centrales las vicisitudes de la interpretación y el *insight* (que también adquieren en la teoría kohutiana un significado distinto al psicoanálisis clásico) en el vínculo transferencia-contratransferencia. Queda aún la interrogante de si esta clase de tratamientos pueden ser

incluidos dentro del psicoanálisis o bien merecen ser considerados como una forma específica de psicoterapia.

Otro elemento técnico importante es que el relato del paciente, al ser considerado como su verdad subjetiva, debe ser tomado por el terapeuta como lo que realmente sucede o sucedió, en favor de la comprensión empática. Desaparece la idea de *recuerdo encubridor* de Freud y las deformaciones de la historia del paciente producidas por sus mecanismos de defensa y fantasías inconscientes. De modo que Kohut abandona la idea de *conflicto psíquico* y la necesidad de su interpretación. La sustituye por una teoría de la *detención del desarrollo*, que requiere que el terapeuta realice ciertas acciones para que dicho desarrollo pueda restablecerse durante el tratamiento.

Como el lector podrá apreciar, hemos descrito con cierto detalle los planteamientos terapéuticos de Kohut. Nuestra intención es mostrar cómo su teoría va incluyendo cambios importantes en la técnica, que a la vez modifican no solo los instrumentos de comprensión y trabajo del análisis tradicional (asociación libre del paciente, atención flotante del analista, interpretación de los conflictos inconscientes, *insight*, mantención del encuadre), sino también los objetivos mismos del tratamiento psicoanalítico.

Un elemento discutible en la técnica de Kohut es que su teoría del desarrollo primitivo define la línea de interpretación que tiene que tomar el analista. Por ejemplo, si se considera que los déficits que presentó en su desarrollo requieren que el paciente reafirme la etapa de idealización del terapeuta, este promoverá que el analizando lo idealice y dejará de interpretar la idealización como un mecanismo defensivo. Desde nuestra forma de entender el psicoanálisis, pensamos que se trata más bien de un artefacto técnico, provocado por la adhesión a la teoría del desarrollo temprano de Kohut. No proviene de elementos que se puedan inferir de la situación clínica. Se podrá argumentar que toda interpretación está influenciada por el modelo teórico desde el cual el terapeuta comprende el material de la sesión. Pero creemos que esta situación es diferente. Supongamos que en una primera sesión de la semana, el paciente nos dice que está muy contento de venir a contar sus problemas pues el analista lo entiende muy bien. Cuenta que, en cambio, durante el fin de semana se enojó mucho con su esposa porque ella no lo comprende en absoluto. En este caso, podríamos entender la disociación que el paciente hace entre el analista y su mujer como un mecanismo defensivo. Le podemos interpretar, por ejemplo, que es de llamar la atención que devalúe así la comprensión que le ofreció su esposa, pues por limitada que haya sido, ella estuvo escuchándolo durante el fin de semana cuando el terapeuta no estuvo cerca de él ni lo acompañó en esos momentos de angustia. Sin embargo, ahora el paciente siente que la mujer no le sirve y que el analista, en cambio, lo entiende a las mil maravillas. Si creemos, como en la teoría kohutiana, que es necesario que el paciente idealice a su terapeuta por un déficit evolutivo en la cohesión de un polo del *self*, esta interpretación no sería pertinente. Por el

contrario, el terapeuta debería tratar de sostener e incluso incrementar la idealización que el paciente hace de él.

Pensamos que es muy distinto en la técnica tratar de tomar como base empírica — sabemos de los riesgos del término— el material desarrollado en la sesión. El analista siempre tratará de ir de la clínica a una teoría que la sustente para construir la interpretación. Si procede al revés, yendo de la teoría hacia la clínica, corre el riesgo de aplicar una hipótesis genética directamente al material de la sesión. Sería transformar en certeza el contenido de interpretaciones que provienen de hipótesis teóricas previas, con todo su grado de incertidumbre e imposibilidad de comprobación.

Pensemos otro ejemplo para mostrar con mayor claridad el cambio de objetivo terapéutico. Si el paciente tiene fantasías maníacas o megalómanas, el analista kohutiano no interpretará por qué surgen dichas fantasías o a qué motivaciones obedecen. Por el contrario, tratará de reafirmarlas porque las considera formando parte de una etapa necesaria para que el paciente restituya en el análisis un déficit que tuvo en su desarrollo temprano. Se comprende que estamos hablando de un análisis diferente al tradicional, siempre que aceptemos seguir llamándolo análisis y no una psicoterapia psicoanalíticamente orientada. Reiteramos que esta variación técnica vuelve muy difícil diferenciar entre acciones sugestivas o de apoyo y un verdadero proceso psicoanalítico.

Estos desarrollos kohutianos son el antecedente de un grupo poskohutiano en Estados Unidos, que no solamente polariza aún más las conclusiones teóricas y técnicas de este autor, sino que subvierte todos los conceptos psicoanalíticos existentes. Es el grupo intersubjetivista, cuyas teorizaciones serán descritas con amplitud en el Capítulo 4 de este texto. Nos interesa aquí detallar las modificaciones técnicas que proponen.

Rechazan los postulados freudianos y posfreudianos por considerarlos un *psicoanálisis de la mente aislada (one-mind psychoanalysis)*. Proponen sustituirlos por la comprensión del campo intersubjetivo en que se desarrollan todos los fenómenos mentales, *psicoanálisis de dos mentes (two-mind psychoanalysis)*. Esta hipótesis define su comprensión del tratamiento y también su teoría del desarrollo temprano. Toda patología o síntoma mental es el resultado de que el paciente sufre una falta de cohesión del *self*, una situación traumática o riesgos de desintegración, principalmente en las patologías graves. El origen es siempre el mismo: existió un objeto del *self* (en los términos kohutianos de sus primeros trabajos), que no cumplió adecuadamente sus funciones de respuesta empática a las necesidades emocionales del niño. Esto produce traumas e impide que el infante logre un *self* fuerte y cohesivo. Los traumas repetitivos del desarrollo son experiencias dolorosas o intolerables para el paciente, producidos siempre por las fallas ambientales ya mencionadas. Las estructuras defensivas, muchas veces rígidas, se establecen para evitar la repetición de las situaciones traumáticas. Se valora el concepto de *déficit en el desarrollo*, provocado por las mismas causas.

El tratamiento analítico permite que el terapeuta establezca un campo intersubjetivo con el paciente, en el que este deposita la expectativa de obtener respuestas empáticas de mayor sintonía afectiva que las que tuvo previamente. Así, el paciente tendrá temores de repetir las experiencias traumáticas anteriores ante la falta de respuesta empática del terapeuta. De modo que lo más importante es conseguir que el analizando adquiera confianza para reproducir las malas experiencias previas y que el terapeuta pueda tener un rango de respuestas de comprensión empática, que validen las nuevas experiencias que el paciente vivirá en el tratamiento. Las dificultades que surgen durante el análisis (resistencias, reacción terapéutica negativa, *impasse*) siempre serán el resultado de un déficit en la comprensión y respuesta empática del terapeuta —vale decir, una *retraumatización*. Esto producirá una disyunción (*disjunction*) entre los dos mundos subjetivos de la relación terapéutica. De la misma manera, será adecuada toda convalidación (*conjunction*) que se produzca entre los mundos intersubjetivos de ambos participantes del proceso terapéutico.

Las ideas de *transferencia* y *contratransferencia* quedan reemplazadas por la de *campo intersubjetivo* entre paciente y terapeuta, en función de este concepto son redefinidas las nociones básicas de la técnica tradicional del análisis en el tratamiento, cuya función esencial es que el paciente logre reanudar procesos experienciales que quedaron anulados o detenidos en su desarrollo. Los resultados esperados podrán obtenerse mediante las respuestas empáticas de validación que ofrece el terapeuta.

Nuevamente en esta perspectiva, pensamos que el tratamiento propuesto por el grupo intersubjetivista constituye más una experiencia de psicoterapia que un verdadero proceso psicoanalítico. Es difícil medir la influencia sugestiva que tiene la participación del terapeuta, cuando considera todo lo que el paciente expresa, no solo como algo válido para su subjetividad, sino también con una actitud que reafirma que el paciente siempre tiene razón. Si los responsables de toda la patología son invariablemente los cuidadores, el concepto —a nuestro juicio tan importante— de responsabilidad psíquica por los actos, pensamientos y fantasías que tiene un individuo, resulta totalmente ignorado.

Otro riesgo evidente de esta técnica es la idealización que se promueve en el vínculo terapéutico. Creemos que esto inevitablemente producirá una disociación en el paciente, donde los aspectos persecutorios del vínculo quedarán desplazados a figuras importantes de su ambiente. En este aspecto, el diálogo entre distintos esquemas referenciales resulta difícil porque los autores intersubjetivos responderían que la disociación y la proyección son artificios o reificaciones creados por el análisis de *la mente aislada*.

La manera en que se atiende a los pacientes bajo esta técnica se acerca mucho a las psicoterapias humanísticas, de las cuales no cuestionamos su pertinencia ni la pericia con que los terapeutas ayudan a los pacientes a desaparecer sus síntomas. Lo que sí se discute desde la época previa al psicoanálisis es que los resultados de las técnicas

sugestivas no son persistentes.

El paciente puede sentir en el tratamiento una alianza para atacar a sus padres, sin tener opción de recuperar aspectos valiosos que también existieron en el vínculo con ellos. Siempre resulta más fácil echar la culpa a otros por los sufrimientos padecidos, que volvernos responsables de los conflictos y fantasías inconscientes agresivos o peligrosos que experimentamos, ya que hacernos cargo de ellos nos provoca dolor espiritual. Incluso en la etiología de los cuadros psicóticos y autistas no podemos tener la absoluta seguridad de que solo los factores ambientales son decisivos y únicos. Es un territorio poco conocido aún, donde pueden existir otros factores no explorados hasta este momento. Aunque pensáramos que el factor etiológico principal es el ambiente, reiteramos la idea anteriormente expuesta de que una vez organizada la realidad psíquica, tenemos que trabajar con ella. Si hacemos referencias a supuestas causas que ocurrieron en el pasado, el paciente grave tendrá muchas dificultades para entender dichas razones. Hemos visto reiteradamente en entrevistas con pacientes graves cómo repiten en forma automática las frases que les dijeron sus terapeutas anteriores: «Soy así porque mi madre nunca me quiso», o «la causa de que esté mal es que mi padre nos castigaba mucho cuando éramos niños», como una lección aprendida que consideran una verdad irrefutable. Independientemente de la probabilidad de que estas razones sean los factores etiológicos de la enfermedad mental, no parecen suficientes para que el paciente entienda lo que le pasa actualmente.

Para explicar este tipo de propuestas emergentes quizá existen no solo razones teóricas, sino también situaciones prácticas y profesionales, tales como la necesidad de captar pacientes muy graves, a los que el psicoanálisis ofrece expectativas moderadas de recuperación luego de largos y costosos tratamientos.

En ese sentido, también es un poco desconcertante la seguridad con que estos autores afirman obtener resultados rápidos y muy buenos en sus tratamientos, incluso con pacientes *borderlines* graves y psicóticos. Es esta una actitud que hemos visto muchas veces a lo largo de los años en diversas ideas psicoanalíticas o psiquiátricas, como la *prescripción del síntoma* o la *orden paradójal*, cuando a un paciente con insomnio había que decirle, por ejemplo: «No duerma, puede ser que se sienta mejor sin dormir». Igual sucede con la teoría del *doble vínculo* como origen etiológico de la esquizofrenia. Al poner al paciente psicótico en terapia familiar para tratar de corregir el momento en que la madre ejercía el doble vínculo hacia él, por ejemplo, se le ordena al enfermo que no debe gritar al tiempo que esto se le dice gritando. Se decía que así se podían aliviar los síntomas esquizofrénicos. De nuevo se confunde un probable factor etiológico, que pudo haber actuado en la génesis de la enfermedad, con la estructura mental del enfermo cuando la esquizofrenia ya está instalada en su realidad psíquica. Ejemplos semejantes pueden tomarse de la antipsiquiatría, cuando se intentaba la cura a través del amor. Han

sido muchos los métodos que en su momento se creyeron poderosos y hoy han desaparecido.

La corriente relacionalista es otro modelo del psicoanálisis americano que, a partir de bases teóricas diferentes a las de los intersubjetivistas, llega igualmente a establecer el vínculo intersubjetivo entre paciente y terapeuta como el campo principal de la situación analítica.

La semejanza entre ambas corrientes es que se oponen drásticamente a la teoría pulsional de Freud. Una diferencia importante entre ellas es que la escuela relacionalista sí piensa que en ese campo intersubjetivo participan tanto la realidad psíquica del paciente como las relaciones intersubjetivas que se producen entre él y el terapeuta. A su vez, define como objetivo del tratamiento ayudar a modificar la *experiencia* del paciente a través de situaciones inéditas que no fueron previamente enfrentadas en su vida personal y se podrán coconstruir en la relación con el terapeuta. El concepto de *inconsciente* es reemplazado por el de *experiencia*, que se define como la repetición de patrones de relaciones interpersonales que establecen la estructura de personalidad. Las ideas de *espontaneidad*, *autenticidad*, *veracidad*, *confianza*, son propósitos que tratan de brindar mejores condiciones de desarrollo en la experiencia vivencial durante el tratamiento. En consecuencia, la interpretación de los conflictos inconscientes ya no es un objetivo central del trabajo analítico. También con este enfoque, nos parece más adecuado hablar de psicoterapia dinámica, no psicoanalítica.

Queremos dar algunos ejemplos de situaciones clínicas donde las ideas de *conflicto inconsciente*, *sexualidad infantil*, *complejo de Edipo* y demás categorías del psicoanálisis tradicional con sus distintos esquemas referenciales resultan instrumentos importantes que ayudan a comprender motivaciones frecuentes en los seres humanos:

Mujer de 22 años que tiene una relación sentimental con su jefe, hombre casado de 50 años. Se enoja porque no logra que él se separe de su esposa y sus hijos. Teme que la echen de su trabajo por una venganza de la mujer del jefe, que está celosa de ella. Interpretación: conflicto edípico infantil no bien resuelto, amor por el padre de la infancia, deseos de ocupar el lugar de la madre, celos ante la escena primaria proyectados en la figura materna, ansiedad de castración.

Adolescente de 18 años que se masturba teniendo fantasías sexuales con la madre de su mejor amigo. Interpretación: fantasías edípicas con la madre, deseos de desplazar al padre y los hermanos en el amor de la madre, confusión entre la masturbación infantil y la escena primaria de los padres.

Niño de 3 años que está muy enojado por el nacimiento de un hermanito. Alterna entre los siguientes juegos: él tiene un bebé y lo alimenta con sus pechos (identificación con la madre embarazada); busca canastos, huecos, espacios redondos y cerrados donde se mete y quiere que le den comida (identificación con el bebé dentro de la madre en un estado de confort); con algunos juguetes que tienen bordes punzantes juega a romper los muñecos atravesándolos (identificación con el padre en una escena primaria sádica); al ir a dormir pone junto a él en la cama muchos muñecos a los que cubre con cariño porque dice que si no lo hace, se sienten solos y

lloran (sentimientos de exclusión que pueden ponerlo triste, él se identifica con la madre que los cuida y no deja afuera a nadie).

La exploración de fantasías inconscientes en la mente de los pacientes y en la nuestra nos brinda infinitas tramas dramáticas, cuya exploración enriquece nuestra vida psíquica. Nos permite entender mejor reacciones y conductas que muchas veces sentimos irracionales e inexplicables, profundizar en nuestra vida emocional, aumentar nuestra imaginación y el contacto con la verdad del inconsciente, resolver síntomas y rasgos de carácter, así como conductas repetitivas que no logramos controlar.

Esta amplia revisión de los cambios más significativos que se produjeron en la técnica psicoanalítica de los últimos veinte años nos lleva a pensar que continúa ensanchándose el espectro de pacientes accesibles a los tratamientos. Sobre todo aquellos que presentan mayor gravedad no solo en sus síntomas, sino en las estructuras patológicas que predominan en su personalidad. Esto se debe a la preocupación por atender a los pacientes *no neuróticos*, llamados así por André Green. Esta situación implica desafíos a la capacidad del psicoanálisis para resolver problemas mentales y, sobre todo, a la pericia, sensibilidad y experiencia de los analistas que se ocupan de llevar adelante esos tratamientos. En este sentido, a pesar de las dificultades de todo tipo que plantea la atención de los pacientes graves, creemos que existe un evidente progreso teórico y técnico, tal como señala Elena Ortiz en el capítulo *Clínica de los trastornos graves*: «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 estos en lagunas, patologías y áreas de la personalidad» (2011: 215).

Por otra parte, no estamos convencidos de que dicha situación signifique que se ha producido un cambio en los problemas psicológicos que sufren los individuos de nuestro tiempo, como considera Mitchell —autor de la corriente relacionalista con profundos conocimientos psicoanalíticos de todas las escuelas, que además escribe con estilo muy ameno y de un excelente nivel de conceptualización—, quien piensa que la psicopatología ha cambiado como consecuencia directa de las transformaciones registradas en las diferentes épocas, culturas y situaciones significativas en que viven las personas. Expresa que los sufrimientos centrales que relatan los pacientes en la actualidad ya no son los síntomas neuróticos, psicóticos o de carácter. Señala en cambio, que los motivos más evidentes de la consulta psicológica son problemas de identidad personal, el no encontrar valores significativos en la vida, la desorientación respecto de qué significa progresar o cómo entender el sentido que tiene vivir la cotidianeidad de la existencia. Es difícil saber si grupos psicoanalíticos de distintas culturas y puntos geográficos, con diferentes esquemas de comprensión analítica, tienen acceso a pacientes que muestren

problemáticas diversas. Pensamos que el posmodernismo tiene simultáneamente múltiples acepciones y se aplica a problemas tan diversos —desde individuales hasta socioculturales—, que no alcanza para dirimir estas conclusiones. Sobre todo porque carecemos de datos confiables que nos permitan comprobar si realmente ha cambiado la patología.

En nuestra experiencia con los pacientes que consultan en la Clínica del Centro Eleia desde hace aproximadamente 15 años (lo cual implica cerca de tres mil consultas por año), hemos tenido la posibilidad de encontrar una amplia y diversa gama de pacientes, desde los que sufren de patologías muy semejantes a las descritas por Freud y Abraham, hasta los que muestran estructuras de carácter muy perturbadas. Aquí incluimos las relaciones simbióticas que algunos pacientes desarrollan a lo largo de su vida como trastornos *borderline* graves, perversiones (sobre todo masoquistas), alteraciones de la sexualidad, psicopatías, depresiones, adicciones (principalmente el alcoholismo que abarca tanto al paciente que consulta como a aquellos que sufrieron situaciones traumáticas graves por convivir con familiares cercanos alcohólicos y violentos), procesos psicóticos (iniciales y crónicos) y problemas psicosomáticos (incluyendo alteraciones de la alimentación).

Como en muchos otros centros dedicados a la salud mental, quizá una de las patologías más frecuentes en el Centro Eleia es la de trastornos depresivos de muy diversos niveles de gravedad. No es nuestra intención aquí ocuparnos de las dificultades terapéuticas que plantean estos tratamientos, sino solo confirmar los múltiples diagnósticos que presentan nuestros pacientes en la consulta, desde los más tradicionales hasta los más contemporáneos.

Una conclusión que nos parece significativa es que en el momento actual se llama *psicoanalíticos* a muchos tratamientos que en realidad son simplemente psicoterapia. Observamos este proceso tanto dentro como fuera del psicoanálisis clásico o tradicional. Escuchamos con frecuencia el comentario de que cada vez es más difícil encontrar pacientes que estén realmente motivados para hacer un psicoanálisis profundo. Los argumentos para justificar esta situación van desde problemas relacionados con el tiempo, el dinero, la búsqueda de resultados rápidos, el desinterés de las personas por la introspección y el conocimiento profundo de sus conflictos y estados emocionales, hasta las características de la era posmoderna. Pensamos que estos argumentos pueden ser ciertos en algunos casos, pero no dan respuestas significativas al problema. Hemos tenido la experiencia de atender pacientes que vienen al tratamiento con la idea de lograr un alivio rápido de sus síntomas, y a medida que la comprensión psicoanalítica se profundiza, comienzan a sentirse cada vez más motivados para continuar trabajando en la comprensión de sus problemas internos y su vida en general. Entienden la riqueza que les ofrece el método psicoanalítico para llegar a ser personas más sensibles y

emocionalmente profundas.

No descartamos que algunos de estos problemas puedan tener más relación con los terapeutas y su dificultad de lograr una identidad psicoanalítica. Entrenarse en esta disciplina implica, entre otras cosas, estudiar mucho, realizar un análisis personal lo más profundo posible, supervisarnos con los mejores analistas asequibles, asumir la responsabilidad profesional y ética de ofrecer a los pacientes el mejor tratamiento analítico que podamos y cultivar nuestra sensibilidad al servicio de ese objetivo. Pero principalmente significa aprender a tolerar lo máximo posible, según el umbral de cada terapeuta, el dolor espiritual y las ansiedades de los pacientes que atendemos.

Aprender a profundizar en la comprensión de la contratransferencia para ofrecer las mejores interpretaciones a nuestro alcance es una tarea que requiere entrenamiento, experiencia y salud mental. Son condiciones importantes para ofrecer un tratamiento psicoanalítico que produzca en el paciente y en nosotros mismos un crecimiento mental. Creemos que la recompensa que logramos con este esfuerzo es inmensa. Trabajamos para ayudar a las personas a lograr un estado anímico más confortable y profundo, mejorar sus relaciones emocionales, desarrollar sus capacidades creativas, así como aprender el método psicoanalítico para ahondar en la comprensión de sí mismos y de los demás y así llevar una vida más auténtica y de mayor sinceridad consigo mismos, método que también podrán seguir usando, por ejemplo, en la comprensión del significado de sus sueños (Meltzer, 1987). Logramos todo esto en los pacientes y en nosotros mismos, aprendiendo a construir vínculos de intimidad, compromiso y búsqueda de valores auténticos cercanos a nuestras propias verdades.

NOTAS

¹ Cada dos años, el Centro Eleia realiza jornadas sobre temas de clínica, psicopatología y teoría psicoanalítica. Siempre se presentan materiales clínicos que discuten analistas desde diferentes enfoques. El lector puede revisar estas importantes contribuciones como ilustración de la diversidad de ideas que sugiere el hecho clínico. Véase en *Lo psíquico: fantasía, fantasma y realidad* (2011), las ideas de Catherine Goetschy, Conrado Zuliani, Carolina Martínez, María Isabel Rodríguez, Marcela Barruel, Celia Delgado, Gabriela Turrent, María Luisa Madrigal, Rolando de Lassliograf, Alma Toledo, Jaime del Palacio, Jane Cung, Rolando de Lassé, Modesto Garrido, Adelaida Corrales, Sara Betch, Raúl Molina, Margarita Szlack, Erika Ciénega, Gabriela Cardós, Victoria San Juan, Virginia Hernández.

² El lector interesado en profundizar en la obra de Morin puede encontrar algunos de sus títulos principales en la bibliografía que se ofrece al final del libro.

³ Caso expuesto en la Jornada Eleia «La mente en desarrollo. Reflexiones sobre clínica psicoanalítica», realizada con base en el libro homónimo de Elena Ortiz, México, 9 de junio de 2012 .

Capítulo 3

El psicoanálisis francés contemporáneo

Ideas y comentarios

Desde los años setenta los analistas franceses tomaron a Freud y Lacan como puntos de referencia, estableciendo así un diálogo permanente con ellos. Los teóricos más independientes como Laplanche, Green, Joyce McDougall, Pontalis y otros, que siempre partieron de la exégesis de Freud, fueron incorporando nuevos puntos de vista diferentes a los freudianos y lacanianos. Este viraje tomó más en cuenta conceptos como los de *relaciones objetales*, el estudio del *otro significativo* y lo *intersubjetivo*.

Por su brevedad, en este texto no es posible ocuparnos de todos los autores franceses contemporáneos. Por esto presentamos y discutimos la obra de aquellos que más nos interesaron, ya sea porque los consideramos inspiradores de nuevas ideas o porque gozan de mayor difusión en el medio psicoanalítico en que trabajamos. Expondremos la obra de cuatro psicoanalistas franceses: André Green, Jean Laplanche, Piera Aulagnier y Joyce McDougall y comentaremos algunos desarrollos de sus textos.

Un elemento común en todos estos autores es su preocupación por establecer ciertas hipótesis novedosas vinculadas a los primeros períodos del psiquismo. Es decir, algunas de sus teorías buscan explicar cómo intervienen las relaciones de objeto tempranas en los comienzos de la vida mental; cada uno de ellos lo hace desde su propia perspectiva teórica y clínica.

Hemos estudiado la obra de estos autores —pensadores de gran inteligencia y erudición—, a lo largo del trabajo realizado en la escuela universitaria que dirigimos (Centro Eleia), especialmente en su programa de Doctorado en Clínica Psicoanalítica.

Qué autores le interesan más a cada psicoanalista es una cuestión muy variable. Sin embargo, se decidió que en este apartado nos dedicaremos con mayor extensión a los textos de André Green, dado lo peculiar de su obra, que nos ofrece muchos temas de interés, además de una extensa bibliografía de más de 15 libros y 150 artículos en los que aparecen varias ideas originales.

Destacaremos también las contribuciones conceptuales más importantes de otros franceses contemporáneos como Jean Laplanche —uno de los académicos más importantes en el estudio de Freud—, que introdujo el concepto de la *seducción materna* y Piera Aulagnier, quien tiene dos propuestas que nos atraen vivamente, la de *pictograma* y la de *portavoz identificador*.

También, revisamos con atención la obra de Joyce McDougall en sus consideraciones sobre la psicósomática y la brillante exposición de sus casos clínicos, así como la elaboración del concepto de *pseudonormalidad* y *psicopatología de la sexualidad* (neosexualidades).

Para entender a Green se requiere una lectura intensiva de Freud y de otros autores psicoanalíticos, razón por la que sus textos no son fácilmente accesibles para todos los terapeutas o psicoanalistas. Aquellos que ya cuentan con un entrenamiento en los autores básicos que él utiliza, podrán entender mejor sus ideas. Su obra no es fácil de asimilar para quienes comienzan a estudiar psicoanálisis ni quienes, debido a sus influencias previas, no cuentan con la información básica necesaria. En ese sentido, esperamos que la lectura de este capítulo sirva de guía introductoria para el estudio de Green y de los otros autores citados.

El orden de lecturas que sugerimos es el siguiente: Freud (en profundidad), Melanie Klein, Lacan, Winnicott, y de allí pasamos a Green. Con fines didácticos se pueden consultar en *El psicoanálisis después de Freud* los capítulos correspondientes a los psicoanalistas antes citados, a manera de introducción para después pasar a Green en el capítulo que ahora desarrollamos, sabiendo que, si bien este camino no es el ideal, puede resultar práctico y aproximado.

En *El psicoanálisis después de Freud* nos ocupamos, aunque de forma resumida, de Lacan; hoy mantenemos opiniones parecidas a las que expresamos en aquel momento. Pese a que se ha escrito mucho sobre este pensador y algunos desarrollos poslacanianos —lo que obligaría a repensar todo el tema—, las ideas directrices sobre Lacan publicadas en esta obra conservan su vigencia.

Actualmente, los analistas lacanianos se dividen en grupos que discrepan sobre temas considerables pero siempre mantienen, de manera global, el espíritu de Lacan.

Sabemos que esta presentación podría ser cubierta por especialistas y fieles seguidores de cada uno de los autores mencionados, pero, como nos sucedió en *El psicoanálisis después de Freud*, por razones éticas no podemos pedir a algunos colegas la exposición de una obra y luego nosotros escribir nuestro diálogo analítico y crítico con el autor, expresando convergencias y divergencias personales. Optamos, como antaño, por presentar nosotros mismos las ideas, para luego tener la libertad de comentarlas críticamente. Esperamos que esta presentación que hacemos resulte lo suficientemente completa y ecuaníme, aunque sabemos que la lectura siempre es un ejercicio de selección

predeterminado por la visión individual de quien la realiza. De todos modos, esperamos no incurrir en distorsiones importantes.

André Green. Ideas principales. Síntesis y presentación

Describiremos las ideas de André Green que consideramos destacables por su originalidad, tratando de explicarlas en forma pedagógica y, a la vez, ecuánime.

Consideramos que su obra, y esto puede ser cierto o no para los lectores, figura entre lo más importante del pensamiento francés contemporáneo, por varios motivos: aunque hay repeticiones inevitables, cada libro es original; la variedad de temas como *lo negativo*, *el lenguaje*, *la metapsicología*, *un esquema nuevo del psicoanálisis*, *estudios sobre la sexualidad*, y muchos otros conceptos, hacen que el lector siempre encuentre un punto de vista interesante, respaldado por una profunda erudición.¹

Green escribió varias síntesis de su pensamiento y de su vida. Una de ellas puede leerse en *The Dead Mother* (1999), libro homenaje editado por Gregorio Kohon con prólogo de Horacio Etchegoyen, en el que colaboran varios autores. André Green nació en 1927 y falleció en 2012; de origen egipcio, vivió en Francia, donde hizo toda su carrera profesional, estudió medicina y psiquiatría —que ejerció junto a Henry Ey—, quien lo consideró uno de sus más brillantes discípulos. Se analizó con Bouvet, psicoanalista francés freudiano y partidario del estudio de las relaciones afectivas o relaciones de objeto. Siempre comprendió esa influencia, en oposición a Lacan, partidario de que es el discurso lo que crea la emoción.

Green estudió con Lacan durante varios años y luego se apartó de él. Si bien siempre lo criticó en muchos aspectos de su teoría, incorporó en su propio pensamiento algunas de sus ideas, especialmente lo relativo al orden simbólico y a un reposicionamiento de la obra de Freud. Green lo hizo con notable erudición y de una manera más apegada al original freudiano que Lacan mismo, cuya obra, tal como lo mencionamos en 1989, no es un retorno a Freud sino una gran creación diferente y original.

Existen diferencias en Freud entre la primera parte de su obra y la posterior, Green propondría esa división alrededor de los años veinte con la segunda metapsicología de las pulsiones de vida y de muerte. Es notable que aunque toda la obra de Green gira en torno a la elaboración creativa de Freud y a su modo de pensar las pulsiones de vida y muerte y el narcisismo, se perciben variaciones interesantes en sus ideas y en el tono de su retórica durante el período de los años sesenta y setenta respecto a las dos últimas décadas. También en sus actividades dentro de lo que podemos llamar el movimiento psicoanalítico, en las que se trasladó de una etapa más centrada en Freud y Lacan hacia otra donde incorpora en su pensamiento a Winnicott y Bion. Sostuvo un diálogo abierto con analistas de diferentes escuelas, en su labor como editor de *Resonance of Suffering, countertransference in non-neurotic structures*, donde compiló sus reuniones de

intercambio con analistas franceses, estadounidenses, británicos y sudamericanos como Elizabeth Bott Spillius, Jean-Claude Rolland, Jaime Lutenberg, Otto Kernberg, William Grossman, Fernando Urribarri y Gregorio Kohon. A continuación comentaremos algunos de los puntos temáticos de su obra.

Oposición a Lacan por no tomar en cuenta las relaciones objetales y los afectos. Crítica al exceso de la propuesta lingüística y estructuralista

La base del libro de Green (1998) *El discurso vivo. La concepción psicoanalítica del afecto* es una relectura meticulosa del concepto freudiano de *afecto* y las insuficiencias producidas en psicoanálisis por el estudio del simbolismo en detrimento del afecto. La crítica de Green al sistema lacaniano consiste en plantear que este omite el estudio del afecto, al abandonarlo totalmente en pos de una visión lingüística-estructuralista del sujeto, encadenado a la palabra y a la organización simbólica. Es un texto monográfico, documentado, quizá tan exhaustivo que puede provocar cierto cansancio en el lector. Es el prototipo de un momento de exégesis freudiana en el pensamiento psicoanalítico francés, con su abundancia retórica y largas citas textuales, probablemente más acorde al gusto de un académico que de un clínico.

De Lacan siempre respetó la inclusión del narcisismo y el orden simbólico. También aplicó modelos estructurales en contra de la psicología del desarrollo, como su valoración de la estructura del Edipo y de la castración.

En años más recientes, la crítica a Lacan no fue solo teórica —como cuando no está de acuerdo con la ausencia de la teoría del afecto en su obra o las discrepancias en torno al lenguaje, que Green (1984) expone magistralmente en *El lenguaje en psicoanálisis*—, sino también ética, respecto de la interrupción de las sesiones y la manipulación de los discípulos. En 2012 en un boletín de la IPA escribió que la *escansión* (interrupción de la sesión) en realidad fue inventada por Lacan, no por genuinas razones teóricas, sino por otras más mundanas: atender la gran concurrencia de pacientes a su consultorio en los años en que el estructuralismo y la lingüística —que Lacan utilizó con inteligencia superior—, produjeron un gran entusiasmo, si no es que furor, en el medio intelectual francés.

La relación de Green con Lacan también es diferente a las de otros discípulos renombrados, como Dolto o los esposos Mannoni, quienes no solo siguieron a Lacan con entusiasmo y devoción, sino que se involucraron en los movimientos sociales de protesta de finales de los sesenta. Quizá con ellos Green sí compartió una prosa de estilo polémico y hasta militante, arrogante en algunas partes. No es el caso de Laplanche y McDougall.

Una apreciación teórico-clínica de Lacan, con casuística muy interesante, es realizada por Elena Ortiz (2011) en *El lenguaje estructurante y el sujeto, notas sobre la cura*,

donde utiliza ideas lacanianas en la forma de comprender conflictos de sus pacientes. En ese sentido ella, siguiendo a Green, rescata del pensamiento de Lacan temas fundamentales como el narcisismo, el orden simbólico y lo imaginario y al mismo tiempo, establece diferencias técnicas e interpretativas con Lacan.

La Psicología del yo, la escuela kleiniana y el psicoanálisis estadounidense siempre fueron blanco de las críticas de Green y a veces también las propuestas de Kernberg, o más recientemente de los intersubjetivistas y relacionistas. Pero como ya comentamos, en los últimos años propició el diálogo clínico con analistas de las escuelas que antaño criticó severamente.

Green no es aceptado por los partidarios estrictos de cada una de esas escuelas debido a sus ideas sobre Lacan y a la combinación que posteriormente realizó, incluyendo conceptos de Winnicott y Bion. Esta es siempre la suerte de un pensador original que, a la vez, se inspira en conocimientos que toma de otros autores.

Interés especial en estudiar el narcisismo y la pulsión de muerte

Según Green, a partir de los años veinte, con el estudio de las pulsiones de vida y de muerte se descuidó el tema del narcisismo, tanto en la segunda parte de la obra de Freud como en el movimiento psicoanalítico posterior.

Olvidado por los analistas y omitido por Melanie Klein y su escuela —salvo el caso de Hebert Rosenfeld—, retomado por Kohut y situado en mejor posición especialmente por Lacan, el narcisismo es, según Green, una de las coordenadas principales de la comprensión de la mente. Green une la idea del narcisismo a la de las pulsiones de vida y muerte. Pulsión de vida con la tendencia a la unión y ligadura, creación y preservación. Pulsión de muerte como retorno al cero, al nirvana, a la desinvestidura (pérdida del interés o catexis de objeto). Nos parece oportuno aclarar que *pulsión de muerte* no es para Green, primariamente compulsión de repetición o agresividad. Él habla de pulsión de muerte en el sentido de carencia de relación afectiva, presencia de desinterés, desinvestidura, desaparición de la libido (entendida como interés por y desde el objeto), afanisis, retraimiento. Luego unirá esta idea de narcisismo de muerte y su relación con la pulsión de muerte en el estudio de lo negativo (siguiendo a Hegel). Aplica este concepto en la clínica con las ideas del *no pensamiento*, la *psicosis blanca*, un *agujero en la psique* relleno con palabras, la *alucinación negativa* (término psiquiátrico que implica no ver la realidad), en conexión con los procesos defensivos de *renegación* y de *forclusión*, estudiados respectivamente por Freud y Lacan.

En psicoanálisis, siempre se ha hablado del narcisismo como opuesto al amor por apuntalamiento (Freud, 1914), narcisismo versus amor por gratitud al padre protector y al cuidador. Green propuso una concepción distinta que identifica dos elementos: *narcisismo de vida* y *narcisismo de muerte*. Su postura es original al no referir por

entero el término de *narcisismo* a la psicopatología ni enfatizar el ataque al objeto como lo hicieron primero Freud y luego decididamente Melanie Klein.²

Tomar el aspecto de la *pulsión de muerte* como originario en la *desinvestidura*, falta de ligamen afectivo —idea que más tarde lo llevará a la noción de *madre muerta*—, puede tener implicaciones importantes. Green privilegia la investidura, que sería más una forma de relación de objeto que una de consideraciones energéticas (como la viscosidad de la libido o cargas con montantes de libido en el narcisismo y en la pulsión de muerte). En realidad, y esto es muy importante de tomar en consideración, cuando él nos presenta la idea de *desinvestidura* está usando un término freudiano, que ve a la noción de investidura como la carga de una representación. Sin embargo, hace un deslizamiento de sentido hacia una idea de relación afectiva, objetal. Nos parece que la refiere a otro contexto, en que la palabra *desinvestidura* adquiere un sentido diferente al freudiano.

Aunque Lacan, por su parte, hable críticamente de la relación de objeto, se puede pensar que su idea de identificación con el deseo del otro es una forma de estudiar la relación sujeto-objeto. Estaríamos definiendo, en este caso, un proceso que corresponde a la categoría amplia de relación de objeto. Así lo vería quizá Mitchell (véase capítulo 5 de este libro) cuando diferencia el modelo de pulsión-defensa de otros esquemas personalísticos. Para Green hay que estudiar el uno (sujeto), el otro (objeto) y lo neutro (lo negativo, la desinvestidura).

También podemos reconocer en Freud la coexistencia de modelos económicos, donde circulan energías, con modelos interpersonales como la identificación, por ejemplo.

Lo cierto es que el tema del narcisismo es uno de los más importantes en el psicoanálisis contemporáneo. Atinadamente, y con independencia y juicio crítico descollante, Green analiza las principales posturas sobre esta cuestión en las escuelas americana, británica y francesa. Su pluma y erudición son magníficas.

El interés en la investidura y en la relación con el otro —neologismo freudiano deslizado—, signa al psicoanálisis francés contemporáneo: la madre muerta, que no transmite interés al bebé (Green), la madre seductora que le imprime la sexualidad (Laplanche) y la madre portavoz identificatoria (Aulagnier). En cambio, en el psicoanálisis británico se toma en cuenta la relación real con el objeto materno al mismo tiempo que la que se construye con el objeto interno. A esto se refiere la idea de Bion sobre la madre que se necesita como continente de las emociones que el bebé no puede tolerar dentro de su mente; así también lo señala Esther Bick que, partiendo de este concepto bioniano, explica cómo la carencia de la función materna de ser continente de las ansiedades del bebé produce un tipo de identificación mimética, adhesiva, no introyectiva.

Junto con Horacio Etchegoyen escribimos un trabajo titulado *El concepto de realidad en Melanie Klein*,³ con el objetivo de mostrar cómo esta autora plantea una interacción

constante de lo interno (pulsiones) con lo externo (padres reales). Para Lacan, es la madre quien impone su deseo. Ella puede no permitir que el padre ingrese como portavoz de la ley, o bien capture al bebé en su extensión imaginaria fálica. Liberman (1982) habla de la *madre tirabombas* que inunda de ansiedad al bebé (niño o niña) y le produce tanta angustia que lo lleva a enfermar su cuerpo. Todas son versiones vinculares, interpersonales. El psicoanálisis, según cree Green —coincidimos con su juicio—, pasó del estudio de la pulsión y la defensa como objetivo principal (lo uno) a un interés creciente por el ambiente (lo otro). La combinación de los dos factores, así como el equilibrio entre lo interno y lo externo es complejo y nada fácil de integrar por el momento.

Digamos también que para el trabajo terapéutico es crucial entender la diferencia que existe entre la génesis de un conflicto (teorías etiológicas) y la estructura psíquica ya formada que trae al paciente a la consulta o sesión. Tendremos entonces que analizar dicha distinción en la terapia, a través de su despliegue en la transferencia y la evocación de la contratransferencia que provoca en el analista.

Green, desde el vocabulario y la exégesis freudianos, ha puesto a la relación afectiva madre-bebé como eje de su comprensión de la psicopatología quizá por influencia de Winnicott y Bion. Este es un concepto importante y de gran utilidad para reflexionar sobre la etiología de los padecimientos psicológicos.

Concepción de un espacio en la mente para lo negativo, lo blanco, la psicosis, lo psicosomático, la alucinación negativa

Cuando se habla de la clínica de *lo negativo* se toman en consideración desde temas como la *represión*, la *negación* o la *renegación*, consciente-inconsciente, hasta hechos clínicos que Green describe agudamente como: la *psicosis blanca*, la *desinvestidura*, el *vacío*, la *madre muerta* y lo *psicosomático*.

Lo negativo tiene su fundamento metateórico en los conceptos que Hegel expuso en *La fenomenología del espíritu*. Para Green, tanto Freud como Lacan fueron inicialmente hegelianos, afirmando siempre la existencia de pares de opuestos, en una dialéctica de contradicción y existencia o definición del uno por el otro: pulsión-defensa, pulsiones sexuales y de autoconservación, pulsiones de vida y de muerte, Lacan con sus oposiciones en los estudios sobre lo especular en el estadio del espejo.

Piensa Green que en una etapa posterior, ambos autores abandonaron ese camino, lo cual es más evidente en la Psicología del yo, al transformar la dialéctica freudiana en un estudio de los procesos defensivos y la adaptación.

Para entender las ideas de Green se necesita tener en cuenta dos temas paralelos, uno es la relación entre pensamiento y representación; otro, la relación intersubjetiva.

Lo negativo en esas entidades clínicas se relaciona con una perturbación en el proceso

de pensamiento, donde Green trata de resolver la observación clínica de los pacientes que se sienten vacíos, no pueden pensar, muestran desinterés y falta de vitalidad y por tanto no pueden avanzar en el análisis, no por desafío o rebeldía edípica, sino por tener «agujeros» en la mente y registrar un déficit en el proceso de simbolización. Padecen de una depresión encubierta no «negra» por el odio, sino blanca —al percibirse como una hoja en blanco—, de algo no pensado.

La *madre muerta* es aquella que está presente, atiende las necesidades fisiológicas del bebé pero no lo inviste de entusiasmo, vitalidad, amor. Lo deja inerte y apagado, como una planta que crece sin agua (es notoria la falta de interés y amor de la madre). Por eso, en estos casos el analista tiene que pensar, imaginar en el lugar del paciente. Tratar de explicarle: «esto podría significar tal otra cosa». Así, la técnica tradicional de interpretar contenidos inconscientes no se puede aplicar por completo, dice Green, porque los significados no son entendidos ni asimilados por el paciente. Existe un agujero en el pensamiento, una carencia de simbolización.⁴

Green dedicó al cuadro clínico de la madre muerta un estupendo trabajo en el año 1980.⁵ Ya mencionamos el libro sobre el mismo tema editado por Roberto Kohon, que da una idea de la atención que el psicoanálisis actual presta a estos problemas clínicos.

La *psicosis blanca* describe cómo los vacíos originales son rellenados por restituciones semánticas compensatorias e interfieren en la percepción de la realidad. En la alucinación negativa, la madre no tiene pene, y sin embargo, el mecanismo defensivo insiste en que sí lo tiene, como sucede en el fetichismo. La diferencia entre Green y Bion es que para el primero el proceso es pasivo, proviene de la identificación con la madre muerta y la ausencia estructural del desarrollo del pensamiento. En cambio, para el segundo hay una intención activa en este proceso, un ataque al pensamiento para evitar el dolor que produce la percepción de la realidad.

Una idea muy aceptada actualmente sobre el tema del vacío y lo negativo es la respuesta que muchos analistas dan a los procesos psicossomáticos, cuando piensan que ciertos conflictos de la mente que no pudieron ser simbolizados, soñados o pensados, reaparecen como cortocircuitos en el cuerpo y producen la enfermedad física. La idea es lógica e inteligente, aunque puede resultar un tanto excesiva y simplificadora. Quizá no todos los procesos de somatización tengan que ser considerados como sinónimos de una falta de simbolización.⁶

Filiación en Freud, Winnicott, Bion y Lacan

Green se define a sí mismo como un analista para quien Freud, Winnicott, Bion y Lacan son sus autores predilectos, sin considerarse necesariamente como winnicottiano, bioniano o lacaniano.

Como lo mencionamos al comienzo de este capítulo, para seguir el pensamiento de

Green es necesario conocer al detalle, primero, la obra de Freud y luego, los textos fundamentales de otros pensadores que también influyeron en él. El estudio que hace de Freud es completo, erudito y profundo, uno de los mejores que pueda encontrarse, incluso más allá del psicoanálisis contemporáneo. Comenzó realizando un estudio exhaustivo de la obra freudiana y la defensa del concepto de *pulsión*. La escuela francesa tiene el privilegio especial de contar con un estudio minucioso de la obra original de Freud y consideran que otras escuelas la fragmentaron y dejaron de lado en aras del estudio de la relación de objeto. Así piensa Green, tanto de los kleinianos —de los fundadores de esa escuela y primera generación de los discípulos de Klein—, como de la Psicología del yo estadounidense.

Sus libros y trabajos mantienen un Freud vivo y en el que están siempre presentes todos los pilares de la teoría que pensó el fundador del psicoanálisis. Además de la pulsión, con sus componentes principales de fuente, fuerza, meta y objeto, el lector de Green se encuentra todo el tiempo con la metapsicología original y una gran adhesión a ella: inconsciente y represión, pulsiones y sexualidad, Edipo y castración, procesos defensivos (especialmente represión, negación y renegación), procesos primarios (libre desplazamiento de cargas y condensación), procesos secundarios (con el pensamiento, la representación defensiva o simbólica y el afecto). Cuando Green interpreta a Freud, la obra freudiana parece recuperarse de sus aspectos más mecanicistas y es posible releerla de manera actual y vitalizada.

Reiteramos que todo el movimiento del psicoanálisis francés contemporáneo (especialmente Laplanche y Green) insistió en el estudio y la aplicación de la obra original de Freud, a diferencia de otras latitudes, donde la base teórica principal del fundador del psicoanálisis se omitió, parcializó o relegó en muchas de sus partes y de distintas maneras. Están quienes rechazan a Freud, quienes lo aceptan tomando solo algunas partes de su obra y quienes lo toman como punto de partida para otros desarrollos —especialmente las escuelas francesas, kleiniana, poskleiniana y latinoamericana.

En una ponencia sobre configuraciones edípicas diferentes a la clásica freudiana Catherine Goetschy se refiere a este tema:

Después de Freud, se observa un doble movimiento respecto a la sexualidad infantil. Algunos autores profundizan en su comprensión y modifican los postulados freudianos. En cambio, otros analistas restan importancia al concepto de pulsión sexual y privilegian el vínculo humano para la estructuración de la personalidad [...] Bion, McDougall y Green resaltan tanto el peso de la sexualidad arcaica en la clínica actual como la importancia del encuentro temprano con la madre (en Espíndola *et al.*, 2011: 206).

La interpretación que hace Green de Freud tiene agregados conceptuales, por ejemplo, el proceso terciario. Es la unión y puente entre los procesos primario y secundario, además de una dirección principal en varios ejes conceptuales: el afecto, la representación, la pulsión de muerte y el narcisismo. El orden en que los mencionamos

es arbitrario, pues son temas constantes en su obra, que se van alternando una y otra vez.

Considerar al proceso terciario como el que liga los primarios y los secundarios; la pulsión de muerte como el cero, la desinvestidura, la desaparición de la libido objetal y del yo; el Edipo más como estructura fundante que como la simple atracción que tiene la niña por el padre (o la madre) y el rechazo del otro progenitor; y la castración principalmente a la manera de Lacan y del estructuralismo y no a la referencia corporal imaginaria es una lectura de Freud que invita a reubicar, repensar, dialogar, agregar y modificar el texto freudiano, así como a utilizar de otro modo sus ideas originales.

El resultado de la lectura que hace Green de Freud, así como su estilo de escritura pueden entusiasmar a algunos estudiosos del psicoanálisis y resultar monótono para otros. No tenemos que olvidar la preferencia francesa contemporánea por la abstracción. Conviene tener en cuenta, además, las relaciones nada simples, sino cada vez más complejas entre teoría, metapsicología e interpretación clínica imaginativa.

Green mantiene una meritoria doble postura de convicción e incertidumbre a la vez. Entiende que no tenemos más remedio que teorizar, pero que también es necesario conocer los dos aspectos de toda experiencia clínica y teorización: lo provisorio del estudio y la convicción de que ambas son un punto de partida para la exploración y el cambio.

En cada concepto que Green desarrolla acerca de Freud se encuentran dialécticamente, hegelianamente, la versión original y una excelente reformulación de esta. Siempre comienza con la historia de un concepto que Freud estudió, los textos donde apareció la idea, sus primeras referencias, el ensamble posterior y culmina con una constante reinterpretación.

Tratamiento de pacientes graves

Son los denominados por Green *pacientes no neuróticos* (especialmente los *fronterizos* o *borderlines* en otra nomenclatura).

Este autor estudia la locura oculta, es decir, las personas que parecen fenoménicamente «sanas», pero cuyo análisis pone en evidencia sus padecimientos profundos, por ejemplo, las depresiones ocultas que se muestran durante el tratamiento. Bajo la inspiración de Winnicott y el pensamiento que prevalece en el ambiente psicoanalítico actual, Green retorna una y otra vez a la falla materna como agente causal que determina la etiología de estos problemas. La falta de vitalización del bebé y del infante es causada por la depresión materna debida a pérdidas, traumas o duelos no resueltos. Es la madre que invade o abandona, promueve ansiedades de intrusión o de separación y pérdida en el paciente. Teóricamente, se enfatiza el análisis de los mecanismos regresivos como la renegación, el pensamiento vacío y su relleno

compensatorio con palabras en concordancia con el *self* verdadero y falso que propusiera Winnicott en su famoso trabajo *Ego Distortion and the True and False Self* (publicado en Winnicott, 1975).

Green piensa que *Realidad y juego* (1985) de Winnicott es una obra fundamental del psicoanálisis contemporáneo. En su relación con los analistas winnicottianos puros, no siempre encontró aceptación ni coincidencia. El *middle group* de Londres siempre lo acogió con simpatía, pero experimentó dificultades para entender su obra debido al lenguaje metapsicológico freudiano y lacaniano que Green desplegó en los encuentros con los analistas de este grupo.

Para el análisis de pacientes graves, siempre intentó descubrir las formas de pensamiento y sus carencias, así como superar la dificultad de desarrollar el espacio transicional mental, apelando a una prolija técnica interpretativa. Pero no consideró obligatorio atender a los pacientes con cuatro sesiones, ni siquiera en el caso de los neuróticos. Pensó que en las condiciones actuales, tanto económicas como sociales, y hasta geográficas, el análisis de cuatro sesiones no es fácilmente practicable. En sus tratamientos se puede apreciar que muchas veces trabaja con dos sesiones por semana.

De locuras privadas es un texto importante en la presentación de sus ideas en un período temprano de su obra: 1972. Allí se basa en Freud, los procesos de renegación, la forclusión, el narcisismo de muerte y la clínica del vacío y la desinvestidura.

Utiliza ideas de Freud y algunas de Melanie Klein como: la jerarquía de los procesos de escisión, mencionando en algunas oportunidades aisladas el concepto de identificación proyectiva. Le atrajo la lectura de algunos discípulos de Klein, principalmente Rosenfeld, para atender a pacientes muy graves.

En la terapia de este tipo de patologías estudió con profundidad, aunque no de manera completa, la obra de Bion. Le interesaron temas como continente-contenido, perturbaciones del pensamiento y la manera en que Bion aplica, aun siendo kantiano, el concepto de lo negativo. Combinó estas ideas con las de Winnicott. Por eso encontramos en sus desarrollos las series placer-displacer, realidad-juego, realidad-espacio transicional, pensamiento-afecto. Nunca consideró, como Donald Meltzer, que el afecto es primario y el signo, una representación incompleta del mismo. No diferenció *signo* de *símbolo*, el primero sin profundidad ni sentido, el símbolo como el acercamiento al mundo emocional.

La actitud terapéutica de Green hacia el paciente grave y sus carencias es de comprensión, respeto y paciencia para ir logrando la recuperación del sentido ausente.

Valora las ideas clásicas de reacción terapéutica negativa, *impasse* y contratransferencia, considerándolas siempre dentro de la experiencia traumática de la relación original madre-bebé, que fracasó en la investidura. Para la comprensión de los pacientes graves, también incluye el narcisismo y la pulsión de muerte. Para entender las

dificultades de estos pacientes no usa el concepto de Bion de *ataque al pensamiento*, idea que en realidad es una consecuencia de cómo Melanie Klein comprendió la pulsión de muerte. Ella consideró que se trata de la lucha entre el odio y los sentimientos amorosos y su principal expresión es la agresividad.

Cuando Green habla del paciente *no neurótico* propone ideas personales sobre su etiología, metapsicología y técnica. Sigue la línea de Winnicott y de otros autores, al estudiar el rol materno, las fallas estructurales y una técnica donde la interpretación es progresiva, imaginativa y lúdica. Sin embargo, no parece haber usado modificaciones técnicas como Winnicott (dar objetos al paciente, cambiarle horarios según su deseo, etc.) ni su noción de *regresión curativa*, con la idea de un nuevo comienzo posterior a dicha regresión profunda.

Los pacientes *no neuróticos* son para Green un amplio espectro de patologías, por eso habla de un territorio, una zona. Son diferentes estados que abarcan problemas narcisistas, desórdenes secundarios en el área de las conductas sexuales, adictivas o de los vínculos afectivos.

Dedica atención a temas como el narcisismo y el masoquismo. Sobre este último, aunque no se detiene particularmente, esto no significa que lo deje de considerar. Le interesa el enigma del masoquismo y del sadismo, la agresión interna o externa que, según él, no pueden desvincularse del odio, del deseo de dominio, de una forma extrema de abuso sobre el objeto.

Los relatos clínicos que aparecen esporádicamente a lo largo de sus libros (no con la frecuencia con que se presentan en las obras de otros autores) son sumamente interesantes. En varias de las visitas de Green a Buenos Aires realizó numerosas supervisiones clínicas que luego fueron publicadas. En muchas oportunidades su trabajo con pacientes es brillante y podría suscribirse sin duda por analistas de otras escuelas, especialmente los poskleinianos.

Al final de su vida, en *Ilusions et Désillusions du travail psychanalytique* (2010), no traducido hasta ahora al español, describe una amplia variedad de casuística clínica. Relata tratamientos de pacientes tan graves que probablemente muchos terapeutas no estarían dispuestos a tratar psicoanalíticamente, sino que los canalizarían directamente para su atención psiquiátrica. Algunos otros ejemplos ilustran los fracasos del método con situaciones trágicas. Green las piensa con tranquilidad y describe la situación con empatía, sin caer en el pesimismo o el furor curativo, mostrando así una mente que soporta —en términos de Bion—, la percepción de la realidad y acepta el reto de lo no conocido, lo imprevisto y lo azaroso.

Emplea un modo de trabajar con el paciente grave por medio de la imaginación, rellenando huecos con sus propias palabras y sin interpretar centralmente los contenidos inconscientes.

Green da predominio, como ya comentamos antes, a la pulsión de muerte como el estado de retorno al cero, la desinvestidura, el nirvana. No le presta la misma atención a la agresividad ni a la compulsión a la repetición como proceso estructural.

La posición fóbica central y la analidad primaria

Green (2010) en *El pensamiento clínico* estudia lo que denomina *posición fóbica central*. A continuación mencionamos las que consideramos sus ideas principales sobre el tema.

La fobia neurótica clásica, estudiada desde Freud en los pacientes neuróticos, no es suficiente para explicar un tipo de ansiedades intensas que se acercan al terror, el espanto y la angustia de los pacientes *no neuróticos*.

La fobia neurótica permite un relativo funcionamiento psíquico en otras áreas del carácter o de la vida social. En cambio, en los pacientes graves, el yo se desestructura, se empobrece, los logros quedan interrumpidos por las alteraciones de sus estructuras normales.

Sobreviene la crisis de angustia sin que pueda ser desplazada hacia un objeto que se logre evitar. No existe una temática que sea discernible y el funcionamiento psicótico fóbico se sitúa en el seno del discurso. Se evidencian trastornos del pensamiento.

Estos episodios sobrevienen en ciertos estados límite. Cada trauma remite a otro y cada uno de ellos se convierte en un eco de aquel que lo precede. Utiliza el modelo del *Proyecto de psicología* de Freud para estudiar la infinita cadena de desplazamientos e investiduras que se producen en estos estados limítrofes.

Las ideas anteriores, básicas y muy sintetizadas, nos permiten acercarnos al pensamiento de Green sobre este tipo específico de pacientes *no neuróticos*. Las cuales retoma unos años después en *Resonance of Suffering, countertransference in non-neurotic structures* (2006), cuando estudia aspectos técnicos de la terapia con esta clase de pacientes, así como las emociones que se producen en el terapeuta.

El trabajo «La analidad primaria» —capítulo cuarto de *El trabajo de lo negativo* (1995)— constituye una aportación para estudiar la analidad desde una perspectiva distinta a la clásica, al pensar que la problemática de estos pacientes reside en un narcisismo destrozado, una herida narcisista que nunca logró cicatrizar. Aunque estos pacientes logran un comportamiento social que puede parecer adaptado, en realidad son personas con cáscaras defensivas que, al desvanecerse, se muestran como seres «desollados vivos». Green señala, creativamente, varios puntos que mencionamos casi textualmente como guía para el lector y para nuestra propia comprensión:

El narcisismo anal es una verdadera prótesis que se mantiene por la erotización inconsciente de toda situación que afecte al narcisismo. Son pacientes que no logran olvidar, viven del dolor que les produce un verdadero estado rumiante de sufrimiento por

ofensas recibidas, que si bien pueden ser reales, no dan lugar al olvido ni al perdón. Se repliegan en su pensamiento como posesión inalienable. Vale decir que el pensamiento ha ocupado el lugar del objeto anal primitivo. En consecuencia, es un pensamiento erotizado.

Siguiendo la noción de estudiar al paciente y realizar simultáneamente hipótesis sobre la génesis de estos trastornos, Green piensa que los padres emitieron un mensaje principal: «No eres capaz». Son personas que mantienen una defensa del territorio subjetivo, mientras el objeto externo es sentido como invasor. El odio sella un pacto de fidelidad eterna al objeto primario, el negativismo inconsciente es el lugar donde es más importante decir «no» al objeto que «sí» a sí mismo. Este negativismo coexiste con una tendencia fusional. Siguiendo a Winnicott, Green cree que los pacientes graves suscitan en el analista compasión y odio a la vez. El balance que hace del trabajo que realizó con esta clase de pacientes —el cual ocupó gran parte de su vida como psicoanalista clínico— aparece resumido en el brillante libro anteriormente citado *Ilusions et désillusions du travail psychanalytique*. En él muestra, clara y sinceramente, tanto las dificultades como los logros y fracasos comunes cuando se analiza a este tipo de enfermos.

La postura de Green se parece a la de Bion, en su intención de pensar, investigar y describir con una mirada reflexiva lo que ocurre en la terapia, a fin de aprender de lo observable y así poder soportar el dolor de percibir la realidad tal cual, sin «maquillarla».

Por razones científicas, y también profesionales y económicas, es común en el psicoanálisis actual que todo analista atienda muchos pacientes *no neuróticos*. Green se ubica como uno de los maestros más calificados para marcar la ruta que debe seguir el análisis de estos casos. El analista debe saber en qué territorio se encuentra y qué peligros lo acechan, así como conocer los buenos resultados parciales que muchas veces se obtienen en la atención de enfermos graves.

Recordatorio y otros temas en la obra de Green

La brevedad que se impone en una obra como esta es inevitable, queremos, sin embargo, hacer una muy breve síntesis de conceptos greenianos que el lector puede estudiar por su cuenta, según sus preferencias.

- a. Una lectura y referencia permanente de Freud en una vuelta renovada, desplazada, analítica, del creador del psicoanálisis.
- b. Proceso terciario: ligazón entre lo consciente y lo inconsciente.
- c. El papel de la sexualidad, la defensa de su importancia en un ambiente psicoanalítico que, según Green, tiende a olvidarla o relegarla en aras de una versión «realista» de la relación de objeto y en cierta tendencia a realizar psicoterapia. Señala este tema especialmente en el capítulo 1 de *Las cadenas de Eros* (1998).

- d. El estudio del otro y de lo neutro (Green, 1986).
- e. Trabajos sobre lingüística, literatura y filosofía (1984, 1995, 2005).

La obra de Green tuvo, en síntesis, dos ejes principales, sus contribuciones teóricas y los desarrollos clínicos que obtuvo atendiendo casi toda su vida pacientes graves. Las diferencias culturales son para él decisivas en las diferentes posturas teóricas. No estamos seguros de este concepto, pues aunque sin duda esto influye, limitar la imaginación y la creatividad humana al contexto cultural puede ser reduccionista. Green critica el pragmatismo de los anglosajones y elogia la reflexión especulativa de los franceses, a veces diferencia *certeza* de *opinión* y otras, expone sus ideas con intensa convicción. Encuentra en sus pacientes no neuróticos hechos clínicos valiosos: la *angustia de intrusión* y la *angustia de separación*.

Notas sobre las ideas de André Green

Comencemos con una afirmación definida: lo que diremos a continuación son opiniones y no certezas, este es nuestro criterio sobre todo pensamiento en psicoanálisis. No tenemos evidencias, por el momento, de que es posible obtener mejores resultados terapéuticos con una teoría que con otra. Podemos pensarlo así y creerlo con entusiasmo, pero es diferente demostrarlo con seguridad o conseguir consenso al respecto dentro del psicoanálisis.

Por lo original de cada uno de sus libros y por la erudición e inteligencia de todos sus escritos, Green es nuestro autor preferido en este capítulo sobre el psicoanálisis francés contemporáneo. Sus trabajos son heterogéneos, algunos de tipo académico y de un nivel que puede resultar difícil para el lector no entrenado. También en muchas ocasiones resulta complicado aplicar algunos de sus conceptos a la clínica.

El uso que Green da al término *narcisismo*, narcisismo de vida y narcisismo de muerte, no nos parece del todo adecuado. ¿Por qué, en lugar de crear esta nueva nomenclatura, no trata de diferenciar con mayor precisión las diferentes emociones, como lo hace Meltzer (1990) en *La metapsicología ampliada*? Discriminar, por ejemplo, entre dignidad y arrogancia, autoestima y sobrevaloración y así sucesivamente. Quizá esto pueda resultar más útil para la clínica y la comprensión emocional del paciente. También en la formulación de la interpretación. Desde el punto de vista conceptual, hablar de un narcisismo de vida parece contradictorio con la historia habitual del uso del término *narcisismo*, que siempre fue asociado con la patología.

Estamos de acuerdo en considerar el enfrentamiento entre amor y odio, en el ámbito clínico. Pero la metapsicología del narcisismo de vida y de muerte no tiene referencia directa en la comprensión del material y se corre el peligro de justificar hechos clínicos con razones metapsicológicas. No se puede decir, como escuchamos algunas veces, que

tal paciente fue dominado por la pulsión de muerte. En todo caso, será necesario tomar en cuenta muchos otros elementos: las identificaciones, la historia, la envidia, el narcisismo clínico y otros temas que tratan de entender las motivaciones inconscientes.

Nos parece cuestionable tomar la pulsión de muerte, como lo hace Green, solo como el retorno al cero, la caída de la tensión, el nirvana. Cuando se refiere a la vuelta al cero o la investidura, en realidad está tratando de explicar sucesos clínicos como quitar el interés de los objetos externos, la depresión de la madre que le impide cuidar a su bebé o el agujero que se forma en la estructura psíquica temprana por una alteración en el funcionamiento simbólico. Estamos de acuerdo con las descripciones clínicas. Pero ¿por qué atarlas únicamente a una metapsicología de la pulsión de muerte?

No somos partidarios de aplicar, como lo hizo Freud, el concepto de *pulsión de muerte* a fenómenos heterogéneos como la compulsión de repetición, la agresión, el nirvana, la transferencia o el juego infantil. En cuanto a la compulsión de repetición, no la entendemos como una expresión directa de la pulsión de muerte, sino como un fenómeno producido por identificaciones en interacción con la estructura de la mente, formada por objetos internos en intercambio con los objetos externos. La definición de pulsión de muerte que hace Green nos parece orientadora aunque incierta.

Usar la palabra *desinvestidura*, tomada de la perspectiva económica freudiana, implica transitar de un modelo de circulación de cargas a otro de relaciones afectivas, como el amor de la madre hacia su bebé. Se produce así una mezcla de procesos o esquemas referenciales que son diferentes. No le vemos sentido a este cambio de nomenclatura. Del mismo modo ¿por qué hablar de libidinizar una relación en lugar de describir cómo un individuo puede enamorarse o ser presa de una reacción de ira? ¿Para qué usar una palabra del modelo energético freudiano, tan criticado en el psicoanálisis actual?

En todo caso, tenemos que estar atentos al hecho de que los mismos términos adquieren otros significados. Después de todo, los conceptos de *invertir* o *desinvertir* son menos específicos que describir las emociones que se producen en un vínculo afectivo, como hablar de interesarse, apasionarse o sentir indiferencia, por ejemplo. La idea de *investidura* reúne muchos afectos diferentes en un solo término. Se podría pensar que el nivel de conceptualización es más alto, pero preferimos la riqueza descriptiva, que aumenta cuando tratamos de discriminar diversas emociones (muchas veces contradictorias entre sí) en el ser humano.

El concepto de *posición fóbica central* o *posición anal* de Green incluye buenas descripciones clínicas, pero corremos el riesgo de caer en lo que se ha llamado *la piedra bautismal*, es decir, designar hechos ya conocidos por la psicopatología con neologismos o nuevos términos. La ansiedad difusa y los terrores de la posición fóbica central son bien conocidos en los pacientes fronterizos y existen muchas descripciones similares realizadas por Bion, Melanie Klein, Winnicott, Liberman, Meltzer, entre otros. La

anidad primaria parece combinar el concepto de *falso self* de Winnicott con descripciones conocidas desde la psicopatología clásica hasta la actual, sobre estructuras con rasgos anales y narcisistas (Freud, Abraham, Klein, Rosenfeld, Kohut, Kernberg, Meltzer, entre otros).

Se pueden compartir los términos y las descripciones clínicas que hace Green, pero a la vez, diferir en que se trate de aportaciones realmente fundamentales para la nosología psicoanalítica actual ni pensar que con esos nombres se estén describiendo situaciones originales. Son bien conocidas las fobias o panfobias en los fronterizos y los caracteres anales y narcisistas; en la literatura psicoanalítica se realizaron frecuentemente tanto descripciones clínicas como relatos de tratamientos con esa patología. Hemos atendido personalmente a varios de estos pacientes en tratamientos prolongados, muchas veces con muy buenos resultados. A nuestro criterio, Green no ilustra suficientemente los vectores metapsicológicos ni las situaciones clínicas, supuestamente originales, que describe bajo esta nueva nomenclatura.

La idea de la *madre muerta* es convincente al suponer que una madre deprimida produce identificaciones depresivas en el bebé. También podemos pensar que una explicación causal tan establecida en una sola dirección —de la madre hacia el bebé— omite la reacción interna del infante, especialmente el odio que puede despertar en él tanto desinterés materno. No necesariamente tiene que ser un apagamiento, se pueden considerar también las cargas agresivas capaces de destruir el vínculo. Pensar que una madre en duelo, por enfermedad o pérdidas, está tan alejada del bebé que no puede amarlo, quizá está omitiendo el odio materno escondido en la depresión. Con estas ideas seguimos a Freud en su concepción de la melancolía y, especialmente, a Melanie Klein, al no omitir las series complementarias, lo interno y lo externo en una permanente interacción. ¿Por qué considerar al sujeto como alguien pasivo y no tomar en cuenta las fantasías inconscientes que existen en la depresión? En Green, la depresión materna parece carente de odio, motivada solo por agotamiento libidinal e invasión pasiva de los sentimientos de duelo. Recordemos que una cosa es teorizar sobre etiologías —que siempre son territorios interesantes e inciertos a la vez— y otra totalmente distinta es analizar al paciente con su estructura psíquica actual, que se expresa en las fantasías, sueños, conductas y estados preverbales de la comunicación, principalmente en el vínculo transferencia-contratransferencia. Frente al paciente, la metapsicología de los orígenes, cierta o no, ocupa un lugar secundario. Lo central es desentrañar cómo funciona su mente e inventar las interpretaciones adecuadas.

Otro punto en discusión es la pertinencia de generalizar el concepto de la *madre muerta* a todo paciente que exprese una sensación de vacío o cualquier clase de dificultad en la simbolización. Tenemos la impresión de que este concepto suele extenderse más allá de lo razonable. Nos resulta difícil aceptar que todo proceso de dificultad en la

simbolización, sensación de vacío o apagamiento, tenga como causa etiológica directa el cuadro clínico de la madre muerta. A veces, vemos madres invasoras, *no muertas*, que destruyen el proceso de simbolización en el infante. Sabemos que algunas madres proporcionan modelos de identidad que producen dificultades en el bebé para tolerar las ansiedades de separación como en el caso de la madre simbiótica de Mahler. En este sentido, nos llama la atención que Green exalte las aportaciones de Searles sin reconocer que este fue, en buena medida, un gran analista mahleriano. Lo mismo puede decirse de la idea de ansiedades de invasión y de separación. Es exactamente lo que describió mucho antes Margaret Mahler en las patologías simbióticas. Green describe las mismas ansiedades sin reconocer la relación de su formulación con las ideas previas desarrolladas por Mahler (1968) y Mahler *et al.* (1977).

Por otra parte, coincidimos totalmente con las críticas que hace a la teoría lacaniana. Están muy bien fundamentadas en el plano teórico, con exquisita precisión.

La insistencia de Green en no abandonar la sexualidad como eje referencial del psicoanálisis también es, a nuestro juicio, un punto sobresaliente de su obra. Lo valoramos enormemente y tratamos de utilizar sus conceptos en la teoría y la clínica.

Con respecto al libro *Las cadenas de Eros* (1998), que combina conceptos como *pulsión, placer, goce, fantasía, deseo*, pensamos que realiza una muy buena combinación de Freud, Lacan y ¿por qué no decirlo?, de la misma Melanie Klein.

Diferimos de él cuando descarta con críticas terminantes y tono militante e inflamado todo lo que produjeron Melanie Klein y los partidarios de la Psicología del yo. Hay mucho de interesante en esos esquemas referenciales, de los cuales nos ocupamos en *El psicoanálisis después de Freud*. No hay teoría que pueda ser solamente criticada y expuesta como retrógrada o antifreudiana. Pese a todos los conceptos que se transforman con el tiempo, en la obra de Melanie Klein hay tanto para aprender, que la postura de Green de tirarla por la borda sin aprovechar las creaciones de esta autora en muchos temas de teoría y clínica resulta reduccionista.

Despierta nuestro interés el intento de Green en usar las ideas de cuatro autores — primero Freud y luego Winnicott, Bion y Lacan—, porque es precisamente lo que deseamos para el psicoanálisis contemporáneo: realizar puentes, aprovechar ideas de varias escuelas y, todo ello, sin perder la propia identidad, tal como lo hace este autor.

Sus estudios sobre lo negativo y el hegelianismo son admirables, así como los del lenguaje y muchos otros temas, difíciles de mencionar en esta apretada síntesis.

Nadie que lea concienzudamente a Green puede terminar la actividad sin sentirse motivado, interesado, al releer a Freud de otra manera, admirando sus puntos de vista.

En cuanto a las supervisiones que de él hemos revisado destacamos dos aspectos. Uno, el contenido, nos parece muy interesante cuando habla de recuperar la memoria, la simbolización, el sentido inconsciente del material. El otro —con el que discrepamos—

es el tono de irritación que muestra hacia los supervisandos, o bien hacia todos los que no piensan como él. En nuestra opinión, quizá podría interpretar más la fantasía inconsciente que se puede inferir de la realidad psíquica del paciente. Creemos que solo el análisis de la transferencia puede despejar el espacio adecuado para entender la historia. Como bien nos dijo hace ya muchos años Rafael Paz: «Cuando el paciente está en transferencia positiva cree toda interpretación y si se encuentra en transferencia negativa, cualquier idea, aun la más correcta, será refutada por él».⁷

La idea de que Winnicott es el mejor analista para los pacientes fronterizos nos parece atinada en un sentido, por la gran capacidad que tiene para trabajar con los pacientes graves, pero al mismo tiempo nos parece un juicio un poco idealizado. Hemos tenido resultados bastante buenos en pacientes fronterizos al trabajar con las fantasías inconscientes, la transferencia y contratransferencia sin seguir necesariamente el estilo de Winnicott. Por eso afirmamos que la clínica de Winnicott y la de Green despiertan nuestro interés, pensamos que pueden ser muy útiles en algunos tratamientos, aunque no las consideramos como el único y exclusivo camino.

Para nuestro estilo de lectura o preferencias literarias y culturales en psicoanálisis, el tipo de escritura de Green nos resulta de excesiva retórica. Pero a pesar de estas diferencias, lo leemos con enorme placer e interés y le agradecemos lo que produjo y nos enseñó con sus textos.

El concepto de *proceso terciario* es útil pero no exclusivo. Otras escuelas manejan algo similar cuando hablan de la función psicoanalítica de la personalidad (Bion, Meltzer), o de la identificación con la función psicoanalítica del analista durante el proceso analítico (Psicología del yo, escuela kleiniana). A nuestro juicio, estas ideas son cercanas a la de vinculación entre procesos primarios y secundarios.

Quizá la metapsicología de Green, como la de Freud, tampoco completa el estudio de las fantasías inconscientes que realizó Melanie Klein, como la base de los procesos mentales y de las relaciones con el analista a través de la transferencia y la contratransferencia. Green usa ambos conceptos pero no los desarrolla clínicamente de manera suficiente. Piensa que cada paciente repite su historia con el analista y lo empuja a asumir una función parental de la que, al mismo tiempo, se queja. Esto es cierto, pero alude solo a un aspecto de los múltiples matices que se despliegan en ese vínculo durante el tratamiento.

Por lo que se deduce, Green no estudió cronológicamente a Meltzer, parece solo haber llegado hasta mediados de los setenta, pues el único libro que cita de este autor es *El proceso psicoanalítico*. No sabemos si conoció otros libros importantísimos de Meltzer, especialmente las supervisiones de sus últimas décadas de trabajo.⁸

Sobre el tema del vacío y la ausencia de representación simbólica hemos tenido experiencias parcialmente diferentes a las de analistas como Green, Winnicott y sus

discípulos. Siempre recordamos una paciente que supervisamos con Etchegoyen, la cual no podía pensar con claridad y tenía un sueño recurrente en que una botella vertía líquido en un embudo que lo trasladaba dentro de otra botella, pero el contenido se volcaba porque el segundo recipiente no tenía fondo. Ese material permitió entender e interpretarle por qué ella hablaba ininterrumpidamente en la sesión y no parecía muy interesada en escuchar lo que podía decirle el terapeuta, independientemente del contenido de las interpretaciones. Lo que ella valoraba era hablar todo el tiempo para sentirse en contacto permanente con el analista.⁹ La joven contaba cinco sueños por sesión, no le interesaban sus contenidos ni la manera de contarlos, tampoco las interpretaciones que podía formularle el analista. Lo que valoraba esencialmente era la necesidad de mantener de este modo un contacto verbal persistente. Con el tiempo, sus sueños empezaron a cambiar.

Creemos que si no existe una parte de la mente capaz de simbolizar, es imposible interpretar el vacío, el paciente no lo podrá entender. Green parece acertado en cuanto al poder imaginativo y evocativo que requiere la interpretación en esos pacientes, así como en la necesidad de que el analista construya interpretaciones diferentes a las que se usan con el neurótico.

Un problema que puede producirse con esta conceptualización, como sucede en toda teoría, es que se generalicen y apliquen las ideas del vacío y el blanco a la mayoría de los pacientes, de una manera tan extensiva que todo paciente no neurótico o psicossomático¹⁰ quede involucrado en el mismo modelo explicativo. Hemos atendido personas con perturbaciones psicossomáticas que parecían relacionadas con una exigencia narcisista muy intensa. Son personas —algunas con síntomas psicossomáticos— que viven presionadas al límite. Recordamos la situación de un paciente que luego de ganar muchísimo dinero en una operación financiera, falleció de un infarto —quizá estimulado por intensos sentimientos de culpa— durante el vuelo en que iba para recoger sus ganancias.¹¹

Nuestro interés en el concepto de *fantasía inconsciente*, heredada tanto de Melanie Klein como de los poskleinianos, se debe en gran parte a que los consideramos un instrumento valioso para el trabajo clínico. Reiteramos la idea de estudiar la realidad psíquica que se expresa en la mente del paciente y en la relación transferencial. Las llamadas *fantasías tempranas*: el cuerpo de la madre, la escena primaria, las relaciones de objeto fantasmáticas primitivas, así como los estadios preverbales, pueden ser recuperados e interpretados en la sesión —por supuesto, en términos accesibles para el paciente y no de la manera que algunas veces se llamó *traducción simultánea*. En la comprensión de estas fantasías tempranas no nos interesa el tema de si existieron o no en la mente del bebé (aspecto genético de dichas teorías).

Esta influencia, teórica, clínica y técnica que aceptamos con gratitud, nos separa de

algunas ideas tanto de Freud como de Green, Lacan y Winnicott. Confiamos en la interpretación como instrumento primordial del método psicoanalítico. Sabemos que con los pacientes graves, el tipo de tarea y de encuadre amerita cambios respecto a la terapia de pacientes neuróticos o menos graves. No nos oponemos a recibir consultas telefónicas de los pacientes fronterizos o no neuróticos, pues muchas veces hablar con ellos ayuda a afirmar una presencia que permite disminuir la ansiedad. Tampoco es necesario considerar los parámetros de Eissler, sino que es importante reconocer otra clase de intervenciones (1958). No descartamos el trabajo de Kernberg con los pacientes fronterizos, como lo hace Green, al considerar que su teoría es fronteriza porque une la Psicología del yo y la teoría kleiniana. Actualmente toda práctica terapéutica presenta una ruptura de las fronteras entre escuelas. Green lo hace con la combinación de temas freudianos con otros de Winnicott, Bion y Lacan.

Algunos colegas pueden pensar que nuestros puntos de vista son «ortodoxos», crítica que nos hace sentir orgullosos, pues pensamos que los terapeutas que cambian el método psicoanalítico por la psicoterapia, simplemente prefieren, a diferencia de nosotros, realizar intervenciones de índole preconsciente, de apoyo o sugestión y ya sabemos, desde la época de Freud, cuán efímero es el poder de la sugestión.

Jean Laplanche

Jean Laplanche (1924-2012) tomó clases con Hyppolite, Gaston Bachelard y Maurice Merleau-Ponty. Estudió durante un año en el Instituto de Relaciones Sociales de Harvard, donde entabló amistad con Rudolph Loewenstein. Participó en los seminarios de Jacques Lacan, se analizó con él y, siguiendo su consejo, estudió medicina. Después de romper con Lacan se incorporó a la Asociación Internacional de Psicoanálisis y a partir de 1961 asumió el puesto de docente en la Sorbona de París.

Laplanche escribió varios libros que fueron traducidos al español,¹² entre los que destaca el *Diccionario de psicoanálisis* (Laplanche y Pontalis, 1987), un texto de referencia indispensable para todo estudioso del psicoanálisis. De igual manera, la traducción que Laplanche hace de las obras de Freud directamente del alemán es una contribución importantísima, pues reemplazó la traducción inglesa de Strachey, con la cual el psicoanálisis francés nunca estuvo de acuerdo porque consideró que acentuó una visión más médica y biológica de la teoría freudiana.¹³

En la historia del psicoanálisis sus contribuciones son amplias y profundas. Nos interesa especialmente la *teoría de la seducción originaria* con la que retorna, aunque de manera renovada, a la primera teoría de la seducción que Freud abandonó en 1897.

Entre muchas ideas originales de Laplanche, destaca la de *seducción materna*, que implica una relación originaria entre la madre y el bebé, donde lo sexual juega un papel fundamental: la madre es considerada una seductora y el bebé, el seducido. Esta

seducción de la madre se materializa a través de los cuidados corporales que prodiga al niño cuando lo baña, arropa, acaricia y lo mece en sus brazos. En este sentido, la seducción es necesaria e inevitable. Se inscribe en la situación misma, dado que las zonas erógenas del bebé (oral, anal, urogenital, piel) que reciben más atención por parte de la madre son puntos del cuerpo que perciben no solamente un placer local, sino también el registro mental de la fantasía y el deseo maternos. En consecuencia, dan lugar a una fantasía originaria.

Con respecto a la constitución del psiquismo, Laplanche parte de esa hipótesis fundamental: el inconsciente emerge gracias a la seducción materna originaria en que la madre envía al niño mensajes sexuales, provenientes de su propio inconsciente. El punto de implantación será primeramente biológico en las zonas erógenas.

En el origen del psiquismo, como parte de la seducción originaria, la madre envía al niño significantes verbales, no verbales y conductuales, que se caracterizan por ser enigmáticos. Significantes que interpelan al niño antes de que pueda comprenderlos y a los cuáles paulatinamente debe dar sentido y respuesta.

El proceso de traducción de estos mensajes es lo que da lugar a la formación del *yo*. Lo que no pueda ser traducido permitirá la instauración del inconsciente, constituido por significantes designificados. Dichos significantes, al haber perdido la vinculación con el referente, no se pueden ligar entre sí. De esta manera se establece la división fundamental para la constitución del sujeto en la dualidad *yo-inconsciente*. En ese sentido, el conflicto originario, según Laplanche, se establece entre el *yo* y el *ello*, lo ligado y lo no ligado. Así, a partir de lo biológico, la pulsión es creada por estos mensajes que provienen de la madre, quien además no es consciente de ellos. Sus mensajes funcionan como una formación de compromiso y transmiten al menos dos significaciones al mismo tiempo: conscientes y sexuales inconscientes.

Los significantes enigmáticos que la madre envía al infante serán metabolizados a través de lo que Laplanche llama la *metábola*, que incluye la metáfora y la metonimia. Es aquí donde Laplanche ubica no solo la fundación del inconsciente y de la simbolización, sino también del trauma.

En síntesis, el papel de la sexualidad es fundamental en esta teoría. Queda inscrita, como lo mencionamos antes, en la seducción originaria de la madre hacia el bebé.

Piera Aulagnier:

El pictograma y el portavoz identificador

Piera Aulagnier (1923-1990) nació en Milán y vivió en Egipto sus primeros años. Estudió medicina en Roma y luego se instaló en París, donde se casó con un hombre francés de apellido Aulagnier, tuvo un hijo con él y más tarde se divorció. Completó su formación con Jacques Lacan de 1955 a 1961, quien la presentó ante la Sociedad Francesa de

Psicoanálisis (SFP). En 1969, abandona la École Freudienne de Paris (EFP) debido a un desacuerdo sobre el pase, que se refiere a la formación o graduación del psicoanalista y su reconocimiento como tal, que otorgaba Jacques Lacan. Ese mismo año crea, junto con François Perrier y Jean-Paul Válabrega, la Organisation Psychanalytique de Langue Francaise (OPFL), también conocida como Cuarto Grupo. Funda la revista *Topique*. Su segundo esposo fue Cornelius Castoriadis, filósofo, escritor y psicoanalista de origen griego, quien también participó en la fundación de la OPFL. Ambos compartieron desarrollos teóricos como complemento de sus propias tesis.

Aulagnier atendió los primeros diez años de su práctica a pacientes psicóticos, tal como lo hicieron Abraham, Frida Fromm-Reichmann, Rosenfeld, Melanie Klein, Hanna Segal, Searles y muchos otros. En Estados Unidos el desaparecido hospital Chesnut Lodge tuvo un gran papel para el enfoque dinámico en la psiquiatría clínica de la psicosis. El fenómeno psicótico es un problema complejo en el psicoanálisis. Atender pacientes psicóticos no es algo sencillo, muchas veces resulta prácticamente imposible. Comunicarse con una persona psicótica plantea de inicio el reto de cómo compartir el simbolismo entre paciente y terapeuta, puesto que no operan adecuadamente ni el proceso primario ni el secundario, como sí ocurre en los pacientes neuróticos y los normales. El obstáculo con los psicóticos es su pensamiento y el uso del lenguaje. Los psiquiatras hablan de pensamiento concreto, delirante, neologismos, convicciones paranoicas, que no son susceptibles de modificación con una confrontación «realista» que pueda hacer el terapeuta.

Aulagnier también se interesó por el discurso, la escucha y el proceso de representación de los estímulos en la psique y tomó en cuenta la exigencia del trabajo psíquico como consecuencia de su ligazón con el cuerpo.

Pictograma¹⁴

En los libros de Aulagnier, que el lector de habla española puede consultar, *La violencia de la interpretación* (2001), *Los destinos del placer* (1994), *Un intérprete en busca de sentido* (1994), se observa cómo esta autora desarrolló el pensamiento freudiano y lacaniano junto con propuestas originales. Aplicó sus ideas no solo en el estudio de la psicosis, sino también para la comprensión mental de las personas normales en las etapas más primitivas de la formación de símbolos. A los procesos primario y secundario de Freud, ella agregó el proceso originario. Freud entendía por *proceso primario* un nivel de funcionamiento de la mente donde las cargas —ya sea que se las llame *energía*, *afectos* o *emociones*— circulan libremente entre las representaciones, donde existen condensaciones y desplazamientos tanto de significantes como de afectos (aunque el tema del afecto inconsciente fue un problema para Freud). Mientras que en el proceso secundario rigen el tiempo, la lógica, la razón. Aulagnier piensa que previo al proceso

primario existe un *proceso originario*, donde no hay representación de objeto, como en el primario, ni de palabra, como en el secundario. El *proceso originario* se forma por estímulos que el cuerpo envía a la mente. Quedan inscritos como estados tensionales afectivos, a los que designó el nombre de *pictograma*.

El *pictograma* es la modalidad representativa del proceso originario, según Aulagnier. Es el encuentro pecho-boca que permite la metabolización de la pareja parental en una representación de dos partes, cuya existencia solo puede darse bajo una forma no disociada e indisoluble: una misma unidad *objeto-zona*.

En este sentido, la experiencia corporal del bebé se ve acompañada de una actividad de representación que da origen al pictograma. Aulagnier comenta:

Un poder de excitabilidad al que se debe la representación en la psique de los estímulos originados en el cuerpo y que alcanzan al espíritu, exigencia de trabajo requerido al aparato psíquico como consecuencia de su ligazón con lo corporal. Esta definición que proporciona Freud de la pulsión, se aplica en todos sus aspectos a la que proponemos para la actividad pictográfica. El trabajo requerido al aparato psíquico consistiría en metabolizar un elemento de información, proveniente de un espacio que le es heterogéneo, en un material homogéneo a su estructura, para permitir a la psique representarse lo que *ella* quiere rencontrar de su propia experiencia (2001: 41).

El postulado básico de *lo originario* es el de *autoengendramiento*: todo lo representado se vivencia como creado por el sujeto. En el pictograma se ignora la dualidad de un órgano sensorial que percibe un objeto y un mundo exterior. Para lo originario, objeto exterior y zona erógena constituyen una unidad, por lo que se puede hablar de *objeto-zona complementario*. La representabilidad pictográfica del fenómeno constituye una condición necesaria para la existencia psíquica. Aulagnier dice: «Lo que la actividad psíquica contempla y catectiza en el pictograma es el reflejo de sí misma que le asegura que, entre el espacio psíquico y el espacio de lo exterior a la psique, existe una relación de identidad y de especularización recíprocas» (2001: 52).

Portavoz identificadorio¹⁵

Para Aulagnier, la figura de la madre es vocera de los enunciados identificadorios, la genealogía y las representaciones ligadas al padre. En pocas palabras, la madre ofrece sentidos al implantar la historia y la genealogía con su trabajo de representación. Esta es la primera violencia que la psique del bebé vive en el encuentro con la voz de la madre.

El discurso materno cumple una función importante en la estructuración de la psique del niño. La madre es portavoz no solo de las identificaciones que imprime en él, sino también del discurso sociocultural (sistema de parentesco, estructura lingüística, afectos de otra escena) al que pertenece la pareja parental y sus propias familias de origen. Los enunciados emitidos por la voz materna son incorporados por el niño y constituyen la

sujeción a la instancia del yo parental.

En otras palabras, la madre es para el bebé enunciante y mediador privilegiado del «discurso ambiental», que le transmite bajo una forma premodelada por su propia estructura psíquica. Por eso, Aulagnier la denomina *el portavoz*. La diferencia que separa el espacio psíquico de la madre de la organización psíquica propia del infante dará lugar en su interrelación a una situación que ella define, lo reiteramos, como violencia. En *Violencia de la interpretación*, Aulagnier establece dos conceptos centrales en este proceso que se da en el discurso de la madre hacia el bebé: *violencia primaria* y *violencia secundaria*. Completa la definición de la *violencia primaria* como el discurso anticipatorio de la madre que pone la palabra y el discurso en la necesidad del sujeto, «lo que en un campo psíquico se impone desde el exterior a expensas de una primera violación de un espacio y de una actividad que obedece a leyes heterogéneas al yo» (2001: 34). Se trata de una acción inevitable y que contribuirá a la futura constitución del yo.

A través de esta violencia se le impone a la psique ajena un pensamiento, acción o elección producidos por el deseo de quien lo impone, pero que a la vez da respuesta a una necesidad de aquel a quien le es impuesto. De esta forma, se consigue entrelazar el deseo de uno y la necesidad del otro, dando lugar a la demanda. El deseo de quien ejerce la violencia pasará, a partir de allí, a ser demandado por quien la padece.

Por otro lado, la *violencia secundaria* también es impuesta al yo pero de un modo exagerado, por ejemplo, en los conflictos de los padres o de la cultura. En palabras de Aulagnier, el concepto hace referencia a «un exceso por lo general perjudicial y nunca necesario para el funcionamiento del yo» (2001: 34), que se apoya siempre en su precedente, la violencia primaria. La violencia secundaria es la que ejerce contra el yo del infante, ya sea por un conflicto con otro *yo* o con un discurso social (de identificación) que intenta oponerse a cualquier clase de cambios que pudieran producirse en los modelos previamente instituidos por el objeto externo.

Aulagnier trabaja el pasaje de lo primario a lo secundario centrándose en las condiciones que deben darse para que el *yo* advenga. En el caso de la violencia primaria, esta aporta a la construcción del yo el reconocimiento del pecho como exterior a sí mismo, produciendo la constatación de un *otro lugar* que no es el pecho y anticipando de esta forma la existencia de la figura paterna. Los prototipos del Edipo, de la castración y de la identificación son aspectos estructurantes que culminarán su desarrollo en el proceso secundario. En lo referente a la castración, Aulagnier plantea que la angustia de castración tiene una connotación principal en términos de mutilación con relación al *displacer*: «En lo originario, todo órgano de placer puede convertirse en algo de lo que es posible mutilarse para anular el *displacer* con respecto al cual aquel, súbitamente, se muestra causante» (2001: 55).

Finalmente, con estos conceptos, Piera Aulagnier se propone realizar un cuestionamiento del saber psicoanalítico acerca de la psicosis, sus orígenes y su posible tratamiento. El tema de la psicosis lleva a la autora a repensar aspectos metapsicológicos. Plantea un modelo del aparato psíquico centrado en tratar de comprender cómo se realiza la actividad de representación en cada momento del proceso mental. Para que la potencialidad psicótica continúe como tal y no se transforme en psicosis manifiesta, resulta necesaria la presencia de una voz y una escucha que proporcione al infante la seguridad de que su teoría del origen constituye una verdad comunicable para esa voz y esa escucha.

Breves comentarios sobre algunas ideas de Piera Aulagnier

Aulagnier sigue la idea lacaniana de relación con el discurso y no con la estructura de la mente, la realidad psíquica o la vida emocional. Ella privilegia el significante y la relación con el *otro*, la ley, la madre y sus deseos.¹⁶ Luego de la primera mitad del siglo XX, en que se estudió principalmente el factor interno —*lo uno* como diría Green—, se pasó —nos preguntamos si en exceso— a *lo otro*.

Cuestionamos una afirmación no del todo comprensible o precisa: ¿Es solo la psicosis la que nos demanda repensar el estudio de la mente, su estructura y el lenguaje?

Todos estamos de acuerdo con Piera Aulagnier en que el modelo freudiano clásico de la interpretación no es adecuado cuando se atiende a un psicótico. Tampoco esto es nuevo en psicoanálisis, ha sido expresado desde hace muchos años. La idea lacaniana de que la transferencia del psicótico es la transferencia de la demanda al *otro*, al discurso del *otro* —al del analista en este caso—, nos parece un tanto incompleta, porque excluye otras motivaciones.

En este sentido, estamos de acuerdo con ella en que el psicótico usa el discurso-palabra-acción en la comunicación durante la terapia. Es una idea que ha sido también expresada en la obra kleiniana y poskleiniana de muchos autores.

Aulagnier nos enseña que el psicótico utiliza el pictograma —discurso originario que, como explicamos antes, ignora la representación de objeto y también la de palabra—. Esta idea inicial es una hipótesis que nos acerca al tema tan interesante de cómo interpretar al paciente psicótico en el tratamiento psicoanalítico. El pictograma resulta de su intento de comprender estados mentales primitivos y emociones que aún no pudieron ser conectados con la palabra. Lo establece como una situación temprana de todo proceso mental, quizá podríamos decir como una etapa «normal» o bien «universal» en el desarrollo. Con esta idea Aulagnier parece estar bastante cerca del concepto de *memories in feelings* de Klein.

Los términos de *escucha* y *discurso* en el psicoanálisis francés contemporáneo son

muy útiles, siempre que no se use el *discurso* en el sentido restringido de la palabra, sino en uno más amplio, que implica comprender todo el vínculo que realiza el paciente psicótico dentro de la sesión, incluyendo especialmente la actuación. *Discurso* y *escucha*, siendo términos adecuados, se reiteran a veces como muletillas en presentaciones o trabajos, como si se estuviera ante hechos nuevos y «especiales», desconociendo —y hasta rechazando— otras construcciones psicoanalíticas que aluden a los mismos fenómenos como: la relación afectiva en la situación analítica, la transferencia, la contratransferencia y la fantasía inconsciente, por ejemplo. Además tienen un alto poder evocativo, pero también sufre las limitaciones de todos los términos que usamos para referirnos a los hechos clínicos, que siempre superan cualquier nomenclatura.

Aulagnier habla de *angustia de mutilación* en el psicótico, no de *castración* como en el neurótico. Estos conceptos tienen importancia en cuanto al intento de discriminar entre la angustia neurótica y la psicótica. Se puede pensar que se relacionan con la *no integración* de Winnicott, el *terror sin nombre* de Bion o las *ansiedades persecutorias extremas* que nos relata Melanie Klein.

Si se quieren considerar estas ideas de Aulagnier como una nueva teoría de la psicosis, resulta interesante. Como siempre, el problema es no ilusionarse demasiado o idealizar estos conceptos. Sabemos que la aparición de «teorías mesiánicas terapéuticas» para las psicosis sucede frecuentemente. A lo largo de los años hemos visto desfilar muchas teorías sobre el tema. Los resultados clínicos con teorías alternativas son probablemente similares: a veces, la atenuación de síntomas; otras, ciertos beneficios terapéuticos como el espaciamiento de brotes; o un mejor encapsulamiento¹⁷ de los síntomas psicóticos, lo cual si bien no es lo ideal, permite una mejor adaptación social.

Todo acto, toda experiencia, toda vivencia, nos lo dice textualmente Aulagnier, da lugar a lo originario, puesto en el pictograma. Luego sigue el proceso, desde una representación de un objeto a una de palabra.

Etchegoyen (1986) escribió con lucidez sobre la recuperación de la transferencia temprana en el análisis, no a través de la memoria, sino por el contacto emocional, el *acting out* y todo lo que se recupera en las vivencias contratransferenciales.

La idea de Aulagnier de que la interpretación organiza el campo del discurso es una forma original de presentar el tema del *insight*, si bien la afirmación puede ser pensada no como el descubrimiento de ciertos significados, sino como una formulación estructurante. Esto podría tener relación con el concepto estructuralista —tan bien expuesto por Lévi-Strauss (1969)— sobre la idea del chamán que da coherencia discursiva a una situación desconocida o angustiante, más que ofrecer el desciframiento de una problemática o de nudos conflictivos.

Las nociones de *pictograma* y *violencia del portavoz identificador* podrían acercar, más de lo que parece a simple vista, a estas dos escuelas separadas por el Canal de la

Mancha. Aulagnier, fiel en gran medida a Lacan, intenta el estudio de la relación de objeto temprana (bebé, cuerpo, mente, madre) como también lo hacen Winnicott y Melanie Klein.

Joyce McDougall

Joyce McDougall nació en 1920 en Nueva Zelanda. Se pueden citar varios de sus libros traducidos al español, y que recomendamos al lector: *Diálogos con Sammy* (1990), *Alegato por una cierta anormalidad* (1993), *Teatros de la mente* (1987), *Teatros del cuerpo* (1991) y *Las mil y una caras de Eros* (1998). En estos textos, McDougall se interesa principalmente por la sexualidad humana, el funcionamiento de la mente y los procesos mentales en que la simbolización no puede realizarse de manera adecuada, dando lugar a enfermedades en el cuerpo, adicciones, trastornos sexuales, de conducta y actuaciones.

En este sentido, intenta problematizar la tendencia social conformista que se manifiesta en el comportamiento humano y su relación con la salud psicológica. Para ello combina sus experiencias personales con varios esquemas teóricos referenciales: Freud, Lacan, Winnicott y el estudio de ideas de psicoanalistas como Stoller, Melanie Klein, los clásicos, entre otros.

También cambia el nombre, ya antiguo y un poco peyorativo, de *perversiones sexuales* por el de *neosexualidades*. Considera además dos aspectos como el origen de los trastornos de la sexualidad: conflictos inconscientes o conscientes de los padres y las fantasías mentales arcaicas, orales y anales, donde las imagos parentales son constituyentes esenciales. El Edipo y la castración son operadores principales dentro de estas situaciones.

En su criterio, las neosexualidades son defensas mentales contra ansiedades primitivas de la mente. Se busca mantener los límites del *yo* y evitar la disgregación, las fracturas y la confusión, controlar angustias de separación, persecutorias y depresivas intensas, a través de las prácticas sexuales llamadas «aberrantes». De esta manera, se intenta promover un relativo equilibrio del funcionamiento mental y evitar la caída en la psicosis.

Analizó hombres y mujeres homosexuales, fetichistas, travestis, *voyeurs* y también pacientes con somatizaciones. Siempre tomó en cuenta dos niveles en la patología: el primero, compuesto por las alteraciones que no preocupan al paciente (lo egosintónico), que no son fáciles de cambiar, pues los procesos identificatorios, las defensas y la realidad psíquica, que se encuentran en ellos como estados defensivos, producen un equilibrio ante angustias arcaicas y profundas de la mente. Mientras que el segundo se da cuando el proceso analítico no es aceptado por todos los pacientes que nos consultan. Algunos sí quieren emprender lo que McDougall llama *aventura psicoanalítica* y otros, incluso más saludables, no desean hacerlo.

McDougall encontró en las mujeres homosexuales ciertas imagos paternas y maternas características, que describió muy bien a través de una brillante exposición de las pacientes que atendió. Descubrió y relató varias constelaciones de la realidad psíquica inconsciente: la imago de un padre castrado, anal, repugnante, el horror ante las formas femeninas, la madre oral arcaica y el terror que produce. Las neosexualidades tienen rigidez y monotonía en la práctica sexual que realizan, la cual está destinada a calmar las ansiedades del Edipo y la castración.

Influenciada seguramente por su propia experiencia y por el pensamiento de Bion, pensó que toda persona, normal o enferma, tiene áreas de la mente que presentan ansiedades neuróticas y mecanismos mentales como la represión o la negación, que coexisten con partes psicóticas de la personalidad, las que son ubicuas y apelan a procesos defensivos como la escisión, la renegación, la forclusión y la identificación proyectiva. Nos interesa destacar las ideas de *pseudonormalidad*, *neosexualidad* y los enfoques sobre los problemas psicosomáticos de Joyce McDougall. En *Alegato por una cierta anormalidad* (1993) dice, clara y valientemente, que todos, analizando, terapeutas, cualquier persona, tienen áreas psicóticas y no psicóticas. Básicamente, piensa que aquello que no ha podido ser elaborado en la mente del sujeto, a través de sueños, asociaciones y simbolización, favorece la producción de cortocircuitos en el cuerpo; por ejemplo, la angustia o el estado depresivo no elaborado, no pensado, no digerido ni compartido, o bien elaborado solo parcialmente en sueños. La ausencia de esos procesos puede facilitar la aparición de enfermedades tanto leves —la dermatitis, por mencionar alguna—, como graves —un infarto por ejemplo.¹⁸

En su obra, McDougall reitera un tema muy importante para el psicoanálisis contemporáneo: los conflictos que se pueden simbolizar a través del sueño o las formaciones del inconsciente y su desciframiento mediante la interpretación, para dar significado a la experiencia emocional. Desde esa perspectiva, McDougall relaciona sus puntos de vista —aunque no son idénticos— con los de *pensamiento operatorio* y *alexitimia*, revisados por Taylor (1987), para el estudio de las enfermedades llamadas psicosomáticas.

McDougall dio al estudio de la transferencia y la contratransferencia un papel esencial en el proceso psicoanalítico. También a la interpretación, que debe ser formulada de manera sencilla y coherente, no como un cliché, no impuesta arbitrariamente, sino con contenidos en concordancia con el material y accesibles para la comprensión del paciente.

El material de los pacientes que atendió es descrito de manera brillante y literaria. Como afirma León Grinberg en su prólogo a *Teatros de la mente*, «la experiencia analítica es inefable y, por lo tanto, difícil de transmitir a terceros. Pero McDougall consigue aproximarse al máximo a dicho objetivo, al otorgar a la experiencia dramatizada

una cualidad visual que nos permite contactar con los personajes de la obra» (1987: 7). Esta idea de *personajes de la obra* se desprende del concepto que McDougall desarrolla en dicha obra y nos ayuda a lograr dos objetivos interesantes:

- a. No confinarse en diagnósticos psicopatológicos cerrados (modelo médico).
- b. Entrar en el mundo de la realidad psíquica con la alternancia de imagos, identificaciones, partes neuróticas, psicóticas, perversas, infantiles, de la historia y de la fantasía que tienen nuestros pacientes.

Explorar todos estos matices de la personalidad es uno de los méritos que nuestra autora alcanza con el trabajo clínico y los relatos que realiza en sus textos. Consigue niveles muy destacados, de los más altos, cuando refiere su manera de trabajar en psicoanálisis.

Por eso, recomendamos muy especialmente al lector detenerse en los relatos clínicos. Luego de leerlos, uno queda muy entusiasmado en realizar tratamientos analíticos y aplicar los modos personales y afectivos en que ella nos instruye.

Algunas diferencias entre las ideas de McDougall y nuestros puntos de vista

Aceptadas nuestras coincidencias fundamentales con la relevante obra de McDougall, queremos mencionar solamente ciertas diferencias con respecto a sus ideas. Realmente nos parecen secundarias, pero es nuestro estilo comentarlas con franqueza.

- a. No sabemos si la *perversión* es una defensa contra la psicosis o si en la práctica sexual de lo que atinadamente McDougall llama *neosexualidades* —como homosexualidad, travestismo, fetichismo, sadomasoquismo, exhibicionismo—, ya estamos en presencia de un núcleo psicótico encapsulado. De allí las dificultades que plantea la remoción de esos problemas, como sucede con los delirios o ciertos estados psicóticos encapsulados.
- b. Pensamos que el enfoque de McDougall cuando enfatiza las neosexualidades como defensas contra ansiedades tempranas o primitivas (modelo prevalentemente winnicottiano), no toma suficientemente en cuenta la agresividad y las intenciones destructivas. Sí las menciona, pero el acento principal no está puesto en el tema de la intención destructiva, que consideramos muy importante (Freud, Abraham, Melanie Klein y otros).
- c. En cuanto a la redacción de sus ideas, al mismo tiempo que gana en transparencia clínica, puede perder algo de coherencia y sistematización. Por supuesto que podemos coincidir con ella en que en psicoanálisis no hay leyes, sino teorías y que estas siempre evolucionan. Aun así, el tipo de prosa que emplea puede no ser tan

precisa como desearíamos y producir algunas contradicciones o dificultades. Quizá haya un exceso de retórica o una pizca de histrionismo en su estilo. Debemos aclarar que lo anterior puede deberse simplemente a gustos estéticos personales.

- d. McDougall cree, y en eso coincidimos, que cualquier estímulo doloroso que sobrepase nuestra capacidad de tolerancia puede producir una somatización. Sin embargo, no aceptamos que la enfermedad llamada psicósomática tenga como única y exclusiva causa la falta de simbolización. Ya sabemos que los conceptos de *alexitimia* y *pensamiento operatorio*, al mismo tiempo que valiosos, no son totalmente comprobables en cada enfermedad psicósomática. La suma de ansiedad, culpa y depresión, entre otras emociones (incluso analizadas y conscientes), más las predisposiciones genéticas, parecen causas importantes que pueden producir la aparición de padecimientos en el cuerpo. También los neuróticos sobrexigidos por el narcisismo se encuentran en el mismo peligro. Quizá este último comentario vaya más dirigido a los divulgadores de la obra de McDougall, que a la misma autora, especialmente a aquellos que ante toda somatización apelan a decir «el paciente no simboliza».

NOTAS

¹ En nuestro medio, Yolanda del Valle es una de las autoras más competentes en el conocimiento, enseñanza e investigación sobre la obra de André Green. Sus clases, talleres científicos, diplomados y trabajos presentados en torno al pensamiento de este autor son importantes. En mucho debemos a ella el interés que tenemos en conocer y discutir las ideas de Green. Expresamos nuestra gratitud hacia Yolanda del Valle y el deseo de que aquellos interesados en conocer en profundidad la obra de este autor se nutran de sus enseñanzas.

² Aunque esta autora nunca menciona el término *narcisismo*, habla de una posición esquizoparanoide cuando predomina el ataque al objeto y una posición depresiva, en la que prevalece la gratitud y la reparación.

³ Este artículo aparece en la *Revista de Psicoanálisis*, vol. VI, núm. 1-3, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, 1984. Ahí comentamos: «La teoría de las posiciones supone, por cierto, que la realidad depende siempre de las angustias y defensas del individuo, de modo que sus presupuestos teóricos cuestionan que exista una imagen real del objeto (los padres) que sea independiente de la que se forma el sujeto (el niño): a medida que se hace consciente de sus conflictos y modifica su angustia, el sujeto cambia su visión del ambiente, de la realidad externa, que se va haciendo más objetiva, placentera y reconfortante».

⁴ Sobre estos temas se interesa Elena Ortiz (2011) cuando en *La mente en desarrollo. Reflexiones sobre clínica psicoanalítica* analiza las diferencias entre los psicoanalistas que consideran el déficit como el aspecto esencial de estas patologías y aquellos más orientados a interpretar el conflicto para los aspectos de la mente capaces de entenderlo.

⁵ Se encuentra en Green (1986).

⁶ Para un estudio meticuloso de la simbolización y el fenómeno psicósomático, el lector puede estudiar la obra de Zuliani, *Destinos de la simbolización: el fenómeno psicósomático* (2011).

⁷ Rafael Paz es un pensador psicoanalítico cuya amplia producción bibliográfica goza de reconocimiento por su alta calidad. Fundador de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis y profesor de la Universidad de Buenos Aires.

⁸ En este sentido, volvemos a expresar nuestra gratitud a los maestros de la Asociación Psicoanalítica Argentina y de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires —en especial a Horacio Etchegoyen—, por proveernos de lecturas e instrumentos clínicos importantísimos para nuestro entrenamiento, como descubrir la transferencia consciente e inconsciente y usar la imaginación para construir interpretaciones que pueden revelar al paciente las repeticiones de su historia que observamos una y otra vez en el aquí y ahora del proceso psicoanalítico. Como hace ya muchos años, seguimos pensando que el texto de R. Horacio Etchegoyen, *Los fundamentos de la técnica*

psicoanalítica, es una obra esencial para la clínica psicoanalítica contemporánea. Lamentamos que Green nunca la cite ni la tome en cuenta.

⁹ Véase Etchegoyen, Bleichmar y Leiberman (1979).

¹⁰ Utilizamos el término *psicosomático* con relatividad, como aprendimos de Graeme Taylor (1987), ya que toda enfermedad física es biopsicosocial; a nuestro juicio este es un criterio más adecuado que mantener la palabra *psicosomático*, que parece indicar el aspecto psíquico como única causalidad.

¹¹ Sobre este tema dedicamos un capítulo en *Las perspectivas del psicoanálisis*, donde expusimos teorías alternativas sobre la cuestión psicosomática.

¹² Una lista de las obras de Laplanche, aunque incompleta, puede ser consultada en la parte final, en la bibliografía de este libro, en especial los textos accesibles en español.

¹³ Por ejemplo, la idea de *instinto* (*drive*) traducida como *impulso* en Strachey (1953) versus el concepto de *pulsión*, cuya definición es un gran mérito de la escuela francesa. Ya no hablamos de impulsos o instintos, sino de pulsiones. En ese sentido, la traducción de Laplanche ha tenido un gran valor académico para la teoría psicoanalítica.

¹⁴ Véase Aulagnier (2001).

¹⁵ Véase Aulagnier (2001).

¹⁶ Las ideas de Aulagnier se pueden consultar en la excelente obra de Hornstein *et al.* (1991).

¹⁷ Por *encapsulamiento* entendemos que el psicótico aprende a vivir socialmente sin manifestar a otros sus delirios y alucinaciones, sino que estos procesos quedan resguardados dentro de él.

¹⁸ Carolina Martínez participó en las Jornadas Clínicas de Eleia 2011 en una mesa de discusión sobre el historial de una niña que padecía de dermatitis atópica. Hace un análisis muy interesante de esa enfermedad, tanto desde el punto de vista médico como del psicológico. En ese sentido, toma muy en cuenta ideas de McDougall sobre lo psicosomático.

Capítulo 4

La aportación intersubjetiva en psicoanálisis

Contexto en el que surgen

las nuevas teorías intersubjetiva y relacionalista

Para entender el contexto en que se originan y desarrollan los grupos intersubjetivista y relacionalista resulta útil ubicarnos en las vicisitudes experimentadas por el psicoanálisis estadounidense en los últimos cuarenta años. Son modificaciones producidas en la teoría, la técnica y la clínica, así como también en los movimientos e instituciones que lo integran. Los antecedentes de esta situación surgieron desde 1970, cuando se reunieron dos grandes grupos de psicoanalistas estadounidenses, uno alrededor de Otto Kernberg para el tratamiento de pacientes *borderlines* y otro bajo el liderazgo de Heinz Kohut interesado en los trastornos narcisistas de la personalidad.

En *El psicoanálisis después de Freud* (1989) dedicamos dos capítulos a la obra de estos autores. Sus textos y artículos sobre las patologías graves establecieron una gran polémica en el psicoanálisis estadounidense de los setenta. Esta se acentuó debido a que los diagnósticos psicopatológicos de ambos autores quedaron parcialmente superpuestos. La perspectiva de comprensión y tratamiento que propuso Kernberg utiliza centralmente las ideas de una estructura mental o realidad psíquica existente en el paciente y de relaciones de objeto tempranas. Por lo tanto, establece una terapia que mantiene, en su esencia, la técnica clásica del tratamiento psicoanalítico, a la que se añade la comprensión de ansiedades y defensas primitivas tomadas de varias teorías de relaciones de objeto tempranas (Edith Jacobson, Margaret Mahler, conceptos kleinianos), con bases teóricas que toman igualmente en cuenta a la Psicología del yo. La técnica consiste en interpretar las ansiedades y defensas primitivas que expresan los pacientes limítrofes o *borderlines*. Los conceptos de *pulsión*, *conflicto* y *agresividad* son centrales, desde las ideas de Kernberg, para la comprensión de los pacientes graves.

Kohut (1971), en cambio, creó un modelo del desarrollo diferente al del psicoanálisis freudiano y la Psicología del yo, donde la actitud empática de los padres hacia el infante

tiene un lugar importante en la organización del *self*. Vale decir, su teoría refuerza la importancia decisiva del ambiente para lograr una estructura del *self* adecuada, a partir de los primeros momentos de la vida. La patología se produce como resultado de las estructuras defensivas que se crean para evitar la debilidad y fragmentación del *self*. También se reformula la teoría freudiana de las pulsiones, quitándole importancia al desarrollo de la sexualidad. Son variaciones teóricas que producen cambios importantes en el tratamiento psicoanalítico. Kohut piensa —como ya lo mencionamos en el capítulo 3 de *Las perspectivas del psicoanálisis* (2001)—, que la empatía y la introspección son los instrumentos esenciales del analista. El terapeuta tiene que ofrecerse al paciente como un nuevo objeto del *self*, cuya comprensión empática le permitirá retomar desarrollos inhibidos o perturbados. La teoría kohutiana postula que estas alteraciones se originaron por el déficit de respuesta de los padres hacia el bebé en los períodos tempranos del psiquismo. Así adquiere importancia fundamental el vínculo empático, perdiendo relevancia la interpretación de los conflictos inconscientes por parte del analista y el *insight* del lado del paciente. Es un modelo que acentúa el déficit en el desarrollo normal del narcisismo, la autoestima y la coherencia e integración adecuada de la personalidad (Kohut, 1977-1984).

En consonancia con la situación antes descrita, desde 1980 se acentuaron en Estados Unidos —y en el mundo psicoanalítico en general—, las diferencias entre dos grupos distintos del psicoanálisis contemporáneo. El primero corresponde al psicoanálisis centrado en la comprensión e interpretación de los conflictos psíquicos. Incluye a los llamados *freudianos contemporáneos* estadounidenses e ingleses, entre los que se encuentran psicoanalistas de la Psicología del yo y otros que provienen del grupo annafreudiano de Londres; ambos han realizado algunas modificaciones teóricas y clínicas, los seguidores de Kernberg, los kleinianos y poskleinianos, los diferentes grupos lacanianos y los franceses contemporáneos no lacanianos. El objetivo sigue siendo la comprensión del inconsciente, como lo era en Freud. En este grupo, la interpretación por parte del analista y el *insight* del paciente dentro del encuadre psicoanalítico siguen siendo los instrumentos principales del tratamiento, situación que reiteramos por su importancia decisiva. El otro grupo se caracteriza por valorar especialmente el aspecto ambiental en la génesis de la patología. Comprende a varios autores cuyos esquemas referenciales están vinculados con las relaciones de objeto tempranas. Todos ellos muestran un factor que los unifica: el papel y la actitud de los padres reales, que adquieren una importancia central. El tema del ambientalismo como origen principal de la patología psíquica no es quizá el único o principal punto en este debate. Pensamos que son más significativas las consecuencias en la técnica psicoanalítica. En términos generales, en este grupo se jerarquizan las características emocionales del vínculo entre paciente y analista como el factor curativo esencial, perspectiva con la que se identifican

autores winnicottianos, grupos con influencias de las ideas de Fairbairn, un conjunto de analistas británicos relacionados con Bolwby y su teoría del apego o *attachment*, kohutianos, intersubjetivistas y relacionistas estadounidenses.

No existe una delimitación nítida entre ambos grupos. También hay psicoanalistas — algunos de los cuales ya mencionamos — que combinan ideas de autores ubicados en ambos grupos. André Green es uno de los más destacados, él desarrolla conceptos netamente freudianos, a los que se agregan propuestas provenientes de Lacan, Winnicott y Bion. A grandes rasgos, podemos afirmar que las posiciones de estas dos grandes tendencias definen distintas maneras de entender el psicoanálisis actual.

Una visión del cambio: Merton Gill

Una versión interesante de los cambios registrados en el psicoanálisis estadounidense durante los últimos treinta años es la que nos brinda la obra de Merton Gill, quien fue un destacado psicoanalista en Estados Unidos, de la generación de psicólogos del yo que se formaron como discípulos de David Rapaport —uno de los teóricos más importantes de la Psicología del yo en la década de 1950. Gill tuvo un cambio progresivo en sus ideas, que transitó desde los conceptos tradicionales de esa escuela hacia una posición más intersubjetiva en el último período de su vida. En este apartado revisaremos uno de sus artículos principales: *Classical and Relational Psychoanalysis*.¹ En este trabajo trata de diferenciar las dos grandes tendencias del psicoanálisis contemporáneo que acabamos de describir. Si bien no estamos totalmente de acuerdo con los conceptos de Gill, pensamos que puede resultar útil para el lector la revisión de categorías generales que, según este autor, definen ambos grupos dentro del psicoanálisis actual. Él los denomina *psicoanálisis clásico* y *psicoanálisis moderno*. El artículo de Gill nos ha servido como orientación para ordenar algunos elementos diferenciales citados por él, junto con otros que surgen de nuestra propia reflexión.

- a. *La realidad interna versus lo experiencial*: De manera general, el *psicoanálisis clásico* subraya la importancia de un factor innato, congénito, constitucional, como elemento interno que requiere ser tomado en cuenta para entender el desarrollo psíquico desde sus orígenes. En los comienzos de la vida mental, este aspecto innato se combina con elementos de la realidad externa (identificaciones principalmente) para constituir de forma progresiva una realidad psíquica o interna, en constante interacción con la realidad externa. Es un concepto ya presente en la idea freudiana de *series complementarias*.

Se acepta la teoría pulsional de Freud o versiones actualizadas de la misma, lo cual va ligado a la importancia de la sexualidad en el desarrollo psíquico, lo corporal, la sexualidad infantil y sus desarrollos freudianos posteriores. Se reconoce la

presencia de impulsos agresivos y amorosos en la mente. Asimismo, implica tener un modelo del funcionamiento mental, el aparato mental de Freud, tomado como unidad de investigación; ya sea la realidad psíquica formada por objetos internos (Klein, poskleinianos y Kernberg) o la idea de lo intrapsíquico (psicoanalistas franceses contemporáneos). Se incluye la valoración del *conflicto* como motor del funcionamiento psíquico y la existencia del *inconsciente* como un aspecto esencial.

El *psicoanálisis moderno* critica la teoría pulsional de Freud por considerarla ligada a las ciencias naturales, a las ideas mecanicistas de la física del siglo XIX, a un modelo positivista de la ciencia. No está de acuerdo en aceptar la existencia de una realidad interna independiente de lo subjetivo. También rechaza la metapsicología freudiana y todos los conceptos derivados de ella, tomándolos como concretizaciones y reificaciones de entes inexistentes y alejados de la observación y la subjetividad humana. Se cree que es un modelo de la mente unipersonal, que lleva a la teoría de la *mente aislada* o *asocial*. Plantea como alternativa para la comprensión del funcionamiento mental la idea de un *campo intersubjetivo* de intercambio continuo, que prevalece en el origen y el desarrollo del individuo, así como en el tratamiento psicoanalítico. El modelo intersubjetivo de la mente es bipersonal, interactivo, contextual, con un marcado acento ambientalista: la presencia de cuidadores empáticos y con sintonía emocional hacia el niño define la coherencia de su *self*, así como su ausencia determina los distintos grados de la psicopatología. La idea de *experiencia* como única realidad accesible a la comprensión psicoanalítica sustituye a la de *exploración de los procesos inconscientes*. Estos quedan despojados del componente pulsional y se refieren, en cambio, a *matrices internas interpersonales* o *patterns de experiencias repetidas*.

La idea de *conflicto* es reemplazada por la de *déficit* o perturbaciones en el desarrollo, siempre vinculados a la falta de validación de la subjetividad del niño por parte de sus cuidadores.

- b. *Problemas de la técnica psicoanalítica*: En el *psicoanálisis clásico*, el instrumento es la interpretación de los conflictos por parte del analista y el *insight* como tarea del paciente. El juego del análisis se da en la dinámica transferencia-contratransferencia, como elemento vivencial de comprensión entre paciente y terapeuta. La transferencia puede ser entendida como repetición de vínculos infantiles o bien como la presencia actual de aspectos infantiles de la mente del paciente. Los cambios en el paciente son el resultado de modificaciones de su realidad psíquica producidas por las interpretaciones. Hay una oscilación entre pasado y presente en una dinámica continua durante el tratamiento. Las fantasías inconscientes son el elemento central del trabajo analítico. Pueden ser comprendidas psicoanalíticamente cuando el terapeuta pasa del contenido manifiesto al contenido

latente. La asociación libre por parte del paciente, así como el relato de sus sueños y fantasías, y la neutralidad, abstinencia y atención flotante por parte del analista, son componentes necesarios para la comprensión psicoanalítica en el tratamiento.

En el *psicoanálisis moderno* lo esencial es el vínculo empático o de sintonía afectiva que el analista tiene que mantener con el paciente, para ofrecerle la posibilidad de un nuevo desarrollo a partir de su experiencia actual con él. Todo se realiza en el campo interpersonal y en el aquí y ahora del vínculo. Lo más importante para el proceso analítico es la posibilidad de establecer nuevos patrones de relación dentro del vínculo intersubjetivo con el analista. Los síntomas y trastornos del paciente son entendidos como una repetición de patrones que se reiteran y que son ordenadores de su experiencia. Cuando se repite la misma situación, los conflictos emocionales que causan sufrimiento mental en las personas se transforman en traumáticos.

Por nuestra parte, pensamos que las columnas básicas para la comprensión psicoanalítica de la mente permanecen firmes con conceptos como la sexualidad, el complejo de Edipo, la ansiedad de castración, el narcisismo, las relaciones de objeto tempranas internas y externas y las ansiedades primitivas de la mente, los conflictos entre amor y odio, y otros factores que permiten una comprensión cada vez más profunda de las miles de variantes que constituyen el estado mental de los individuos.²

En cambio, las distintas alternativas teóricas y técnicas de las versiones más ambientalistas en la constitución de la personalidad y el estado mental de las personas tratan de dejar de lado los ricos conceptos centrales del psicoanálisis tradicional con sus múltiples efectos.

Un tema muy importante que conviene resaltar es la diferencia entre el momento de génesis de la estructura psíquica (en los primeros períodos del psiquismo) y los períodos posteriores, en que el paciente consulta con una estructura mental ya formada. Las teorías ambientalistas parecen no tomar en cuenta este elemento. En el origen de dicha estructura, todos los psicoanalistas actuales estamos de acuerdo en que los factores ambientales (la madre principalmente), tienen sin duda una influencia muy significativa. Sin embargo, pensamos que la situación es totalmente distinta cuando el paciente viene a consulta, pues ya tiene establecida una estructura psíquica que funciona en forma autónoma, de manera bastante independiente a las influencias ambientales. Pensar que en ese momento el terapeuta puede actuar como un nuevo elemento ambiental (en el campo intersubjetivo creado entre ambos) y ejercer una influencia fundamental en cambiar el funcionamiento de la estructura de la mente es una idea que requiere ser demostrada.

No estamos de acuerdo con la postura de Merton Gill de comparar igualitariamente en su clasificación lo que él denomina dos formas de comprensión psicoanalítica: el *psicoanálisis clásico* y el *psicoanálisis moderno*. Pensamos, por el contrario, que el

psicoanálisis trae una larga tradición en su teoría y su técnica, que permitieron resolver cada vez con mayor claridad los conflictos emocionales que causan sufrimiento mental en las personas. Consideramos que los ejes teóricos centrales de esta estructura de la mente permanecen firmes, con conceptos como los que mencionamos unas líneas atrás. Las versiones más ambientalistas, en cambio, parecen anular los ricos conceptos psicoanalíticos en sus múltiples variedades de esquemas referenciales. La uniformidad de ubicar todos los factores patógenos en la falta de respuesta sintónica a las necesidades afectivas del niño empobrece, en nuestro criterio, el sutil entretejido de motivaciones internas (fantasías e imaginación) y externas que da una textura muy interesante a la personalidad del individuo.

Creemos que esta simplificación no conlleva un progreso, sino que, por el contrario, transforma el tratamiento psicoanalítico en una psicoterapia a veces bastante repetitiva, donde la comprensión empática da siempre la razón al paciente, en cuanto a la perspectiva desde la que entiende su propia historia. Parece transformarse, finalmente, en una psicoterapia donde la sugestión reemplaza a la comprensión profunda de los conflictos inconscientes, tanto en el mundo interno como en el externo.

Notas sobre la teoría y el grupo intersubjetivista

En el desarrollo de este capítulo y el siguiente nos proponemos dar una idea conceptual del pensamiento intersubjetivista y relacionalista y los principios que los guían, tratando de ser lo más ecuanímes posible en la descripción de sus directrices.

Los autores que definen con mayor claridad los principios teóricos y clínicos de esta tendencia son Robert Stolorow, George Atwood, Bernard Brandchaft y Donna Orange, quienes han escrito numerosos libros y trabajos en los que van desarrollando progresivamente las ideas de esta orientación psicoanalítica a partir de 1979.

No es sencillo hacer un resumen de sus conceptos centrales. Como es lógico, van cambiando la teorización a medida que definen con mayor precisión su plataforma teórica. En los primeros textos que publican, se nota claramente la influencia de las ideas de Kohut: el analista como un nuevo objeto del *self*, que podrá ayudar a resolver los déficits del paciente mediante la comprensión empática. En libros posteriores se separan gradualmente de la línea kohutiana por considerarla una variante más de las teorías de la *mente aislada*. De la misma manera, al principio de su teorización cuestionan la teoría pulsional de Freud, a partir de la realización de una psicobiografía freudiana. De ella concluyen que el concepto de *pulsiones agresivas y sexuales* es la consecuencia de un conflicto personal de Freud, quien para mantener la idealización del vínculo con su madre necesitó inferir la existencia de una maldad originaria en él mismo, y en el niño en general, inscrita en su sexualidad. La base de este argumento es que ningún creador de una teoría puede dejar de volcar en ella sus conflictos personales. En sus últimos textos,

en cambio, hablan de un modelo cartesiano de la mente, característico de la ideología científica de la época en que se creó el psicoanálisis. Esta sería la mayor influencia de la concepción freudiana del psiquismo, que los intersubjetivos califican de inadecuada por tratarse de la *mente aislada*, unipersonal. Suponen que se dejan de lado los vínculos intersubjetivos que participan en la formación de la personalidad.

En el primero de sus textos, *Faces in a Cloud. Intersubjectivity in Personality Theory*, Atwood y Stolorow citan en el inicio una frase de Murray (1938), que explica cómo cada observador descubrirá una imagen diferente al contemplar una nube, además de que la nube misma cambia en todo momento (1979: VIII).

Usan esta metáfora para afirmar que cada psicólogo o psicoanalista entenderá el desarrollo de la personalidad de una manera diferente, de acuerdo con su percepción inicial. Creen que para formular una nueva teoría explicativa de la personalidad solo es necesario observar otro rostro en un margen distinto de la nube.

Piensan que la invención de cualquier teoría sobre la personalidad depende siempre de factores subjetivos del teórico que la crea, lo que limita la generalización de sus construcciones teóricas. Se requeriría una psicobiografía del autor para entender sus hipótesis explicativas. O sea que el punto de partida de la investigación será la subjetividad del propio creador, para ver qué elementos de su vida personal tiñen ciertos conceptos, tomados como básicos en dicha teoría. Derivan las ideas metapsicológicas de Freud de las principales experiencias de su vida. Usan este argumento para afirmar que la teoría pulsional freudiana y sus ideas metapsicológicas principales no son válidas para comprender el desarrollo mental y sus perturbaciones, por las razones que explicamos anteriormente (celos infantiles por el nacimiento de sus hermanos desplazados hacia sí mismo como pulsiones agresivas). Denominan a esta inferencia *función defensiva-restitutiva de las teorías de Freud* y suponen que debido a ella, Freud no pudo tomar más en cuenta el papel de los padres en el desarrollo de la personalidad del niño y sus perturbaciones. Igualmente consideran que con la idea de pulsión de muerte, la teoría freudiana propone entender la agresión como una fuerza interna y no como reacciones de enojo de los niños ante lo que podrían sentir como una traición de los padres hacia sus necesidades afectivas.

Creemos que una teoría no debe ser estudiada desde la psicobiografía hipotética del autor como piensan nuestros colegas intersubjetivos. Es mejor pensarla en sus afirmaciones y las correlaciones que se puedan encontrar con la clínica psicoanalítica. Si el argumento de la psicobiografía fuese tan fuerte y cierto, entonces podría decirse que la propuestas intersubjetivistas surgen de deseos infantiles parricidas de sus autores, lo cual sería injusto e irrespetuoso a la vez, para su interesante producción teórica.

Como ellos mismos manifiestan, muchos otros autores psicoanalíticos han criticado la teoría pulsional de Freud, sin llegar al extremo de anular, por esta causa, toda la

metapsicología freudiana.

La crítica principal que los teóricos intersubjetivos hacen al modelo psicoanalítico freudiano —que luego extienden a Hartmann, Kohut, Kernberg, Schafer y muchos otros autores estadounidenses—,³ es que consideran a la mente como un aparato procesador de energías internas que surgen desde dentro del organismo y forman la experiencia personal. Lo denominan el *mito de la mente aislada* (*one mind psychoanalysis*). El entorno humano solo sería tomado en cuenta cuando participa en la transformación de las vicisitudes de las pulsiones. En la teoría intersubjetiva estas ideas se corrigen con el concepto de *experiencia intersubjetiva*, que se focaliza en ambas circunstancias: el mundo del individuo y de la experiencia interna (en cuanto intersubjetiva) y, a la vez, su interacción con otros mundos personales en un continuo intercambio de influencia recíproca (*two mind psychoanalysis*). Siempre la realidad personal estará codeterminada por elementos del ambiente y por los significados particulares que le asigna el individuo, en términos de *experiencia*.

En conclusión, las consecuencias teóricas que surgen de los argumentos de los intersubjetivos son:

- a. Una crítica intensa a la metapsicología freudiana, que incluye la teoría pulsional, la sexualidad infantil, las etapas libidinales, las zonas erógenas, el complejo de Edipo, la ansiedad de castración, la idea de conflicto psíquico, defensa, resistencia, transferencia, sosteniendo que cumplen una función defensiva y de reificaciones teóricas.⁴
- b. Consideran que el único marco adecuado para el estudio de la experiencia humana es la teoría de la intersubjetividad.
- c. La teoría intersubjetiva permite estudiar mejor los temas de la metapsicología clásica, haciéndolos más accesibles a la investigación psicoanalítica que es, por definición, intersubjetiva.
- d. Siguen empleando muchos conceptos psicoanalíticos previos, pero los redefinen desde el campo intersubjetivo. A la vez, surgen nuevos conceptos propios de la teoría intersubjetiva, que explican fenómenos descritos en el psicoanálisis tradicional desde otras perspectivas y con diferentes términos.

Más adelante, los intersubjetivos critican el modelo de la mente del psicoanálisis clásico mediante ideas filosóficas como la fenomenología de Husserl y Merleau-Ponty. Estos autores afirman que el pensamiento occidental moderno siguió bajo la influencia de un modelo cartesiano de la mente, lo que lleva a mantener dicotomías básicas entre sujeto y objeto, realidad interna y externa, individuo y mundo, mente y cuerpo. La idea fenomenológica de la intersubjetividad es una alternativa a esta concepción del hombre, que Husserl considera equivocada.

Merleau-Ponty cree que la intersubjetividad es la experiencia primaria, en la que se origina la subjetividad individual. En la medida en que los demás tratan al individuo como un *otro*, este puede experimentarse a sí mismo como sujeto. Cuando se es adulto, la intersubjetividad sigue siendo el fundamento de su experiencia personal y mantiene su capacidad de vincularse con las demás personas.

En los últimos años, las investigaciones de Stern (1988-1992), estudiando la interacción temprana entre el bebé y la madre con métodos de observación positivista, ubican la intersubjetividad no como una condición ontológica dada, sino como un logro del desarrollo infantil temprano, que depende sustancialmente de los intercambios afectivos entre el infante y sus cuidadores. Stern conceptualiza la intersubjetividad como un proceso de regulación mutua, donde cada participante se transforma con los cambios del otro. Se incluyen, por supuesto, formas preverbales de comunicación entre ambos, como el gesto, la expresión facial, la postura y demás elementos emocionales y físicos.

Otro grupo en Estados Unidos que también estudia los procesos intersubjetivos desde una dimensión empírica es el de Beebe, Rustin *et al.* (2003). Ellos coinciden con Stern en que el desarrollo de la personalidad solo puede entenderse desde la interacción subjetiva de influencia recíproca entre padres e hijos. Pero suponen que la intersubjetividad es algo dado *per se* en el ser humano y está presente desde el comienzo como condición básica de la experiencia humana. En síntesis, la intersubjetividad es aquello que ocurre entre dos subjetividades.

Stolorow y Atwood ofrecen una clara definición de la teoría de la intersubjetividad en su artículo *The Intersubjective Perspective*:

La metáfora central de nuestra perspectiva intersubjetiva es el más amplio sistema o campo en el que los fenómenos psicológicos cristalizan y en la que la experiencia está continua y mutuamente modelada. Nuestro vocabulario es uno de subjetividades interactuantes, recíproca y mutua influencia, principios organizativos en colisión, conjunciones y disyunciones, sintonías afectivas y malas sintonías, un léxico que intenta capturar la interminable combinación, el contexto constitutivo intersubjetivo de la experiencia intrapsíquica, tanto en la situación psicoanalítica como también en el curso del desarrollo psicológico. Desde esta perspectiva, el observador y su lenguaje son comprendidos como intrínsecos al observado, y el impacto del analista y su actividad organizativa en el despliegue de la relación terapéutica misma se vuelven un foco de la investigación y la reflexión analíticas (1996: 181-194).⁵

Llaman *intersubjetivos* a todos los campos psicológicos formados por la interacción de mundos de experiencia, cualquiera que sea el nivel en que estén organizados. Por lo tanto, la investigación psicoanalítica explora principalmente el campo intersubjetivo creado entre el niño y sus cuidadores desde los períodos más tempranos, para entender cómo se establece la personalidad y, en el tratamiento psicoanalítico, para comprender la relación de *influencia mutua y recíproca* que se desarrolla entre paciente y terapeuta.

El desarrollo normal y sus perturbaciones

El desarrollo normal del infante se produce desde el comienzo de la vida en un campo intersubjetivo formado por la interacción entre la subjetividad incipiente del bebé y la de sus cuidadores (*caregivers*). Aunque los autores no lo definen con claridad, parece que bajo el término *cuidador* se incluye a la madre, el padre y toda figura sustituta que ejerza sus funciones.

El bebé requiere que sus necesidades, tanto físicas como emocionales, sean comprendidas por el cuidador en un vínculo de sintonía afectiva (*attunement*), lo que permite que se convaliden sus sensaciones y emociones al ser adecuadamente recibidas y aceptadas.

Esta interacción establece *principios ordenadores* dentro de la matriz niño-cuidador, que forman las unidades con las que se irá construyendo la personalidad del infante. Además, dentro de esta relación intersubjetiva se va formando su *experiencia personal*. Se establece de esta manera un *contexto intersubjetivo facilitador*, que definirá la salud mental.

La falta de respuestas de comprensión afectiva validantes del entorno (*missattunement*) provoca una fragilidad en la cohesión del *self*, que dará lugar a estructuras defensivas rígidas y patológicas, o bien, a trastornos en la experiencia del sí mismo, así como defectos en la integración mente-cuerpo, síntomas conversivos o neuróticos en general, procesos fronterizos y psicóticos. Estas patologías se producen porque la persona, al necesitar los cuidados que requiere para sobrevivir, acepta que se distorsione su personalidad y que se perturbe la captación y expresión de sus afectos. Otras veces tolera que se le impongan realidades que le son ajenas por personas que no lo comprenden empáticamente, cuando desde el exterior se le obliga a tolerar experiencias que no le agradan.

El interés de estos estudios sobre el desarrollo normal y patológico es investigar cuáles son las experiencias que forman la personalidad del individuo y los temas recurrentes que organizan la experiencia personal en su inconsciente (en un sentido preconsciente, vale decir, no accesible a la conciencia). En el tratamiento, estas características se repetirán en el vínculo intersubjetivo con el terapeuta. La exploración terapéutica trata de entender e interpretar las esperanzas del paciente de que, por comprensión empática, puedan ayudarlo a cambiar los patrones organizativos de su personalidad, así como su temor de que las reacciones del terapeuta sean semejantes a las actitudes patógenas de los cuidadores en su infancia (repetición traumática).

Describiremos, a continuación, algunos elementos conceptuales a partir de los cuales los autores formulan la mayor parte de sus teorizaciones sobre los procesos mentales y el desarrollo de la personalidad. Los hemos tomado textualmente de algunos de sus libros, para mantener la mayor fidelidad posible en la exposición de las ideas.

La experiencia del afecto

Los afectos son experimentados al comienzo de la vida mental como sensaciones corporales. Cuando son aceptados y comprendidos adecuadamente por la sintonía empática del cuidador, podrán desarrollarse hasta constituir estados subjetivos que se pueden expresar verbalmente (Krystal, 1986, en Stolorow *et al.*, 1987). Los estados afectivos corporales se irán integrando en significados simbólicos cada vez más complejos, que el individuo reconocerá luego como sentimientos diferentes. Si este proceso no se establece en forma adecuada, se continuarán experimentando como estados corporales. Este es el origen de los trastornos alexitímicos.

Las perturbaciones en el desarrollo afectivo se pueden diferenciar por:

- a. Un bloqueo en la percepción de los afectos o una detención en el desarrollo de las emociones, producido en el sujeto por la percepción de que el cuidador no los puede tolerar. Luego, cuando es adulto, si sospecha que sus sentimientos pueden ser rechazados o ignorados, reaparecerán las formas primitivas somáticas de percibirlos. Es un mecanismo que se produce para evitar la repetición traumática de la falta de sintonía que sintió en su infancia (Stolorow y Atwood, 2004).
- b. El tratamiento psicoanalítico pondrá nuevamente a prueba las vivencias previas del paciente, ya sea que las haya experimentado en su pasado lejano o reciente. Si logra establecer un vínculo de confianza en que el terapeuta acepte sus afectos y le brinde una comprensión empática, se construirá un campo intersubjetivo entre ambos que cumpla la función facilitadora que le permitirá al paciente desarrollar una articulación simbólica de sus estados emocionales. En ese caso, pueden desaparecer los síntomas psicosomáticos.

Si el vínculo empático entre ambos se interrumpe o el paciente no se siente aceptado por el analista, se puede producir un retroceso y la reaparición de los síntomas corporales.

Génesis del sentido de realidad

Estos psicoanalistas no aceptan que el *sentido de realidad* se genere por frustración de deseos insatisfechos, como sostienen Freud y Ferenczi; piensan que este siempre proviene de elementos intersubjetivos y se experimenta como sensación o sentimiento.

En el niño, el sentido de realidad depende de que se validen sus experiencias afectivas intensas, tanto positivas como negativas. Por lo tanto, se desarrolla junto con el progreso emocional y el pasaje desde procesos preverbales hasta formas de simbolización cada vez más complejas. El niño adquiere conciencia de que las personas con las que comparte espacios intersubjetivos tienen sus propias subjetividades.

Relación mente-cuerpo

La relación entre mente y cuerpo queda ubicada en la *experiencia*. Son dos polos de la vivencia que cada individuo tiene de sí mismo, necesaria para lograr un *self* cohesivo (*self-experience*). Se citan las ideas de Winnicott de *holding* (sostén) y *handling* (cuidados corporales tempranos brindados por la madre), para afirmar que el logro de la vivencia de que la psique reside en el cuerpo (*indwelling* en términos winnicottianos), proviene del desarrollo psíquico temprano con una madre que ofrece al bebé las condiciones adecuadas de cuidado y comprensión emocional.

Los partidarios de esta escuela describen varias patologías producidas por la desconexión mente-cuerpo:

- a. En estados de despersonalización y desintegración mente-cuerpo. El déficit ambiental de los primeros períodos del desarrollo provoca que no se logre la vivencia de que la psique habita en el soma.
- b. Algunas veces se produce una desidentificación activa que crea en el individuo la sensación de que la psique no habita en el cuerpo, por sentir grandes peligros asociados a él. Esta es una patología más grave que la anterior, que a veces puede expresarse con la vivencia de que se dañó la propia existencia física, sentir experiencias traumáticas de estar cerca de la muerte, o la sensación de que las personas cercanas pueden morir o son sentidas como amenazas para la propia supervivencia psicológica del *self*.
- c. Identificación de la persona con algo externo, manteniendo a la vez un punto de vista crítico hacia el propio *self*, por lo que se lo percibe como un objeto externo. Proviene de interacciones en que el niño, para mantener la conexión con sus cuidadores, tuvo que satisfacer expectativas que se le imponían desde el exterior. Abandona su propia experiencia y la cambia por una perspectiva externa.

Como puede entenderse, la postura totalmente ambientalista de los intersubjetivos — toda la patología es producida por un adulto inadecuado que no comprende bien al niño —, resulta un poco repetitiva y quizá bastante ambigua, puesto que son pocos los matices distinguibles en cada situación particular.

El inconsciente

Los autores modifican la noción de *inconsciente* desde la perspectiva intersubjetiva (Stolorow y Atwood, 2004), con la intención de transformar este concepto y sus diferentes formas en procesos cercanos a la experiencia. De esta manera se oponen explícitamente al argumento de críticos como Kernberg, quien afirma «que una psicología empático-introspectiva del mundo subjetivo solo puede ser una psicología del

mundo consciente» (Stolorow y Atwood, 2004: 73).

Desde la teoría intersubjetiva, el inconsciente se define en la esfera descriptiva como «todo lo que no es consciente en la experiencia personal». No se toman en cuenta contenidos pulsionales dentro del inconsciente. Se está utilizando el mismo término del psicoanálisis tradicional para definir un concepto totalmente diferente. Tampoco resulta claro, tópicamente, si estamos en presencia de procesos que son solo preconscientes.

Los intersubjetivistas distinguen tres clases de inconsciente:

- a. *Inconsciente prerreflexivo*: está constituido por *principios organizativos de la experiencia subjetiva del sujeto*, que actúan fuera de su conocimiento consciente. Si son positivos, permiten que estas configuraciones sean conocidas por el individuo. Si son negativas, impiden que aparezcan algunas configuraciones peligrosas para el sujeto. No se entienden como resultado de mecanismos defensivos, pues estos son considerados como una conceptualización errónea de la teoría freudiana. ¿Cómo se originan las estructuras del inconsciente prerreflexivo? Dependen del interjuego entre el mundo subjetivo del niño y el de sus cuidadores. Los modelos recurrentes de esta interacción forman las estructuras básicas en la construcción de la personalidad del niño. El objetivo del tratamiento analítico es descubrir patrones recurrentes (*patterns*) que se produjeron durante el desarrollo del individuo y que se repetirán en la relación analítica de manera inconsciente para el paciente. Un ejemplo sería que el niño percibe qué se espera de él y trata de adecuarse a esa situación mediante conductas repetitivas, por la necesidad de mantener vínculos que le son esenciales. El objetivo principal del tratamiento es esclarecer cómo funciona el inconsciente prerreflexivo.
- b. *Inconsciente dinámico*: está formado por las experiencias que no fueron aceptadas ni articuladas en la conciencia del individuo, porque fueron percibidas como amenazas para su sobrevivencia. Quedaron ligadas a conflictos emocionales donde no se sintieron aceptados con comprensión empática y, por lo tanto, significaron la sensación de un peligro subjetivo. Estos contenidos de la experiencia subjetiva quedan reprimidos porque su reactualización se percibe peligrosa. El origen es el que ya conocemos: existió una mala o inadecuada respuesta del cuidador (ambiente). Se establece un sistema de protección para evitar la repetición traumática. Para los subjetivistas, esto fue entendido erróneamente en el psicoanálisis tradicional como las *resistencias* que aparecen en un tratamiento psicoanalítico.
- c. *Inconsciente invalidado*: está formado por experiencias que no pudieron ser articuladas en la conciencia porque nunca lograron una respuesta validante del ambiente afectivo que rodeó al infante. Son los pacientes más graves, que tienden a pasar por estados de fragmentación, desorganización o perturbaciones psicosomáticas, debido a que en su infancia no recibieron una respuesta afectiva de

sus cuidadores, que validara su experiencia en diversas áreas de la vida.

El foco central de la investigación psicoanalítica, como lo expresan repetidamente estos autores, consiste en explorar el temor del paciente de que durante la transferencia con el terapeuta se repitan las situaciones traumáticas infantiles de rechazo o no validación emocional.

En los estados psicosomáticos, la labor principal del analista es ayudar a elevar la experiencia afectiva del paciente a niveles más altos de organización, permitiendo su simbolización en expresiones verbales.

La formación de fantasías

La idea de *fantasía* es tomada por los intersubjetivos en el sentido restringido que le da Freud: soñar despierto, consciente e inconscientemente, a semejanza de los sueños nocturnos. Las fantasías convierten las experiencias en imágenes perceptivas concretas. Algunas pueden surgir durante situaciones intersubjetivas donde los afectos no reciben del ambiente respuestas de validación adecuadas. De modo que sus contenidos simultáneamente *dramatizan* y *reifican* una experiencia emocional, que de otra forma estaría ausente.

Por nuestra parte, pensamos que estas afirmaciones se alejan mucho de las distintas visiones que se han dado de la fantasía dentro del psicoanálisis. Los autores definen toda expresión de la fantasía, consciente o inconsciente, como patológica. No solo las fantasías inconscientes, que pueden expresar dramáticas internas del psiquismo, sino también cualquier producto de la imaginación o la capacidad de fantasear.

También en este tema, los intersubjetivistas se alejan de las tesis de Kohut sobre el desarrollo normal. Las fantasías, primero idealizadoras y luego grandiosas (exhibicionistas) que en la teoría kohutiana son primarias y forman parte del desarrollo primitivo del *self*, para los intersubjetivos surgen secundariamente ante una falta de validación emocional adecuada en el vínculo entre los padres y el bebé o el niño y la niña.

Es la diferencia cada vez más fuerte que ponen los intersubjetivos no solo con Kohut, sino con todos los esquemas psicoanalíticos. También definen el proceso de introyección como patológico. Este mecanismo, que en la mayoría de las teorías de relaciones de objeto tempranas es esencial para la estructuración del psiquismo, es para los intersubjetivos una forma patológica de llenar un vacío provocado por la falta de respuesta emocional de las personas significativas para el niño. De allí deriva su diferencia con las ideas kleinianas de las introyecciones tempranas de objetos buenos protectores como de objetos sádicos o destructivos. La introyección es vista por los autores intersubjetivos como un elemento bueno del desarrollo solamente cuando lo que

se introyecta es la empatía de un cuidador que valida la experiencia del individuo. Suponemos que de otra manera sería difícil entender, también para ellos, por qué el proceso analítico puede producir mejoría, ya que no consideran la interpretación, sino la atmósfera de la relación emocional, como el factor curativo por excelencia.

Déficit del desarrollo y conflicto psíquico

El conflicto psíquico es visto como una perturbación de la respuesta sintónica a las necesidades emocionales del sujeto, producida por el déficit del ambiente intersubjetivo. Cambia el sentido del término psicoanalítico. El conflicto psíquico deja de ser para estos autores el resultado de fuerzas, instancias o partes opuestas de la personalidad.

Lo definen como el resultado de un déficit en la cohesión del *self*. El conflicto se establece entre la necesidad de buscar un vínculo de sintonía afectiva y, a la vez, el temor de que esa búsqueda fracase. Lo que se trata de conservar es un *self* que se percibe muy frágil. El niño o el adulto serán vulnerables a sentimientos de dolor, culpa, vergüenza o ansiedad, cada vez que se sientan amenazados de perder sus vínculos afectivos.

Pensamos que esta perspectiva plantea una exagerada simplificación de todos los procesos mentales. Pareciera el resultado de buscar una única causa para la comprensión de todo el funcionamiento mental y la personalidad. Da la impresión de que se establece una división entre la infancia inocente o cautiva y los adultos, que parecen caracterizarse por dar respuestas injustas e inadecuadas.

Trauma y patogénesis

En este punto, los intersubjetivistas parten de la definición que da Krystal (1988) del trauma. Lo explica como la «experiencia de un afecto insoportable», por la falta de sintonía afectiva del cuidador. Como resultado, el niño pierde la capacidad de regular sus afectos, quedando expuesto a un estado mental difícil de tolerar, desintegrado y desorganizado. El trauma provoca una incapacidad crónica para la integración afectiva.

Pueden producirse estados de desorganización donde el infante queda sobrecargado por sentimientos insoportables de dolor o de amenaza. Siente inconscientemente — recordemos que en esta teoría el inconsciente prerreflexivo es el conjunto de patrones reguladores de la experiencia— sus estados dolorosos como resultado de algún defecto personal o bien de una maldad que él tiene en su interior. Atribuye las sensaciones de dolor o amenaza a sus propias carencias, produciéndose sentimientos de soledad y autodevaluación.

Otra consecuencia es que el niño o la niña limita sus experiencias emocionales por temor a que se produzca una *retraumatización*, o sea una repetición del trauma original.

Ocurre lo mismo cuando el individuo queda expuesto a la pérdida de un vínculo sostenedor que proporcionó, en el momento de producirse el primer trauma, algún tipo de experiencia alternativa que le dio esperanzas de recuperación frente al mismo.

Para evitar que la experiencia del tratamiento analítico sea vivida por el paciente como una retraumatización, los intersubjetivos subrayan, en concordancia con autores como Winnicott (1975) y Kohut (1959), la importancia de que el analista sepa reconocer y admitir como válida la perspectiva del paciente. Esto significa que si un adulto cuenta en el tratamiento que en su infancia la madre nunca se ocupó bien de él, pero en cambio cuidó mucho mejor a su hermano menor, el terapeuta intersubjetivo tomará como base de su comprensión la perspectiva que el paciente tiene de la situación, es decir, considerará como punto de partida —caracterizado por su comprensión empática—, que al paciente realmente le sucedió esto durante su infancia. Como es evidente, hay una diferencia importante con el psicoanálisis freudiano o el kleiniano. En esa situación, el terapeuta podrá relacionar la afirmación del paciente con otras situaciones, ya sea de la vida real o de la situación transferencial, en que reconoció sentirse celoso, o bien con rasgos posesivos. El analista no intersubjetivo podrá entender entonces que la versión que el paciente tiene de su infancia fue construida, entre otras causas, por sentimientos de posesividad hacia su madre y celos con los hermanos. Aun cuando la madre o el padre hayan tenido preferencia por otro hermano —¿cómo saberlo?—, no queda claro por qué esa situación lo vulneraría tanto. Se necesita aceptar conceptos como el narcisismo, o los celos posesivos del sujeto, para hacer de ese hecho, real o imaginado, una tragedia de orgullo. La diferencia entre verdad material e histórica, que Freud expuso magistralmente en *Construcciones en el análisis*, es descartada por los intersubjetivos sin ninguna justificación.

Estos autores creen que la reacción empática o de sintonía emocional hacia el paciente significa que el terapeuta debe creer en la verdad subjetiva que aquel despliega en la sesión, es decir, la versión única que tiene y reitera de los sucesos que vivió.

Nos parece que los intersubjetivistas pagan un precio demasiado alto por tener que aceptar, al pie de la letra, las vivencias del paciente como reales. Al no incluir factores internos (celos, rivalidad, rechazo a la madre por el nacimiento de nuevos hermanos y tantos otros), todo lo que le ocurre de malo o doloroso al paciente necesariamente proviene del ambiente. Es un argumento que suelen traer de manera espontánea los pacientes al comienzo del tratamiento.

Parece un panorama demasiado uniforme echarle la culpa de todo lo doloroso o malo que a uno pueda ocurrirle a los personajes externos, ya sean del pasado o del presente. Es una especie de autoproclamación de la propia inocencia. En la observación cotidiana vemos que los niños suelen hacer lo mismo. Pero también es cierto que los pacientes van cambiando los relatos de su infancia y de su vida a medida que transcurre el análisis. Los

padres de la infancia comienzan a aparecer en sus vivencias y sueños, como personas más benignas que les ofrecieron buenas experiencias (Etchegoyen, 1986).

Suponemos que los autores intersubjetivos probablemente explicarán esos cambios por la conducta empática que el terapeuta tiene con ellos en el tratamiento, lo que les permite construir nuevas versiones más benignas de su presente y, quizá también, de su pasado. Se vuelven conclusiones un poco difíciles de comparar, puesto que se habla de tratamientos muy diferentes.

La idea de trauma se vuelve cada vez más importante en los textos de estos autores, cuyo punto culminante es la publicación del libro *Trauma and Human Existence*, de Stolorow (2007), cuyo subtítulo es *Autobiographical, Psychoanalytic, and Philosophical Reflections* [Trauma y existencia humana. Reflexiones autobiográficas, psicoanalíticas y filosóficas].

Consecuente con sus ideas de que la creación de una teoría implica un compromiso emocional inconsciente del autor que la crea, Stolorow (2007) cuenta su experiencia traumática por la muerte súbita de su primera esposa. Se despertó una mañana y la encontró muerta en la cama, un mes después de que se le diagnosticó un cáncer.

Describe la sensación de extrañamiento que le produjo esa situación traumática, sintiéndose un ser aislado, desvitalizado, alejado de las personas que lo rodeaban. Luego pudo entender que estos son sentimientos comunes a los individuos que sufrieron traumas severos. El sentimiento compartido por quienes han pasado por estas experiencias es que tienen la sensación de quedar muy separados de los otros seres humanos. Cita el ejemplo de un paciente joven que sufrió múltiples pérdidas de seres queridos, quien le expresó que sentía el mundo dividido en dos: los normales y los traumatizados.

Concluye que la esencia de la situación traumática es la experiencia de tener sentimientos insoportables, que surgen porque durante el desarrollo se sufrieron afectos semejantes. Tuvieron lugar dentro de un sistema intersubjetivo con una mala sintonía afectiva de los cuidadores hacia el dolor mental del niño. Distingue que en el trauma, a veces el individuo siente que la sintonía no le es proporcionada por las otras personas, pero otras veces el individuo traumatizado no entiende bien la sintonía de quienes lo rodean por tener una sensación de singularidad y distancia que crea la experiencia traumática en sí misma. Se plantea una relación directa entre la intensidad del trauma y la patología del paciente.

Temas sobre el tratamiento en los terapeutas intersubjetivos

Acción terapéutica del psicoanálisis

El proceso terapéutico siempre será comprendido dentro de un campo intersubjetivo. La

manera de producirse depende de si lo que predomina en la transferencia del paciente es una estructura patológica o elementos de su personalidad que tuvieron un desarrollo insuficiente por déficits ambientales.

Si lo que predomina es una estructura patológica, tendrá lugar una modificación gradual de dicha estructura. Esta se logra en la medida en que el analista pueda interpretar repetidamente las perturbaciones en las configuraciones de los vínculos intersubjetivos previos, sobre todo tempranos, del paciente. Simultáneamente, el terapeuta se ofrece como un nuevo objeto con el que se pueden probar otras alternativas para establecer un vínculo intersubjetivo diferente en el tratamiento. De esta manera, se van rompiendo las estructuras patológicas viejas, que pueden ser reemplazadas por estructuras nuevas y reflexivamente conscientes, que permiten ampliar el mundo subjetivo del paciente.

«Repetidas experiencias de sentirse entendido por el analista y la creciente percepción del mismo como un objeto progresivamente más diferenciado, que de manera empática se interesa por comprenderlo, permiten al paciente formarse una percepción complementaria de sí mismo y de que ha sido y puede seguir siendo entendido empáticamente» (Atwood y Stolorow, 1984: 61-62). Cuando en la transferencia predominan situaciones de déficit de estructuración, se requiere una labor terapéutica diferente. El análisis no busca romper estructuras patológicas previas, sino que el terapeuta se ofrece como un nuevo objeto del *self* que permite revivir situaciones traumáticas o inadecuadas del desarrollo infantil. Ellas se reinstalan en la transferencia para poder retomar los procesos del desarrollo que quedaron interrumpidos en los años formativos de la personalidad del paciente. Como ya lo expusimos antes, este enfoque más kohutiano va siendo progresivamente cambiado por la idea de desarrollar un vínculo afectivo sintónico del terapeuta para ayudar al paciente a revivir las situaciones de déficit de respuesta ambiental adecuada de los padres, o bien, situaciones traumáticas previas, con la confianza de que el terapeuta resguarde al paciente de sufrir durante el tratamiento una retraumatización, que lo exponga nuevamente a sentimientos de rechazo o desinterés. Esto dependerá de la empatía que tenga el terapeuta para establecer, mantener y comprender el vínculo intersubjetivo que se establece entre ambos. La sintonía afectiva adecuada será transmitida por el analista no solo a través de expresar al paciente lo que entiende de él y de sí mismo en el vínculo entre ambos, sino también a través de toda su persona, gestos o movimientos que transmiten la vivencia de sentirse profundamente comprendido. Entonces, el paciente podrá retomar desarrollos nuevos que no lograron ser experimentados antes por falta de respuesta sintónica del ambiente. Los buenos resultados del tratamiento dependen de que el terapeuta pueda captar muy bien aquello que el paciente considere más necesario para tener la seguridad de que puede confiar en el terapeuta (Orange *et al.*, 1997).

Posteriormente discutiremos las ventajas y desventajas que puede provocar este cambio tan frontal de perspectivas.

Transferencia y contratransferencia

Ambos conceptos son redefinidos como componentes de un proceso intersubjetivo formado por la interacción entre dos subjetividades diferentes —la del paciente y la del analista—, en un ejercicio de influencia recíproca, donde se observan los principios organizativos que muestra la acción mutua entre los mundos subjetivos de ambos.

En la teoría intersubjetiva, la transferencia tiene dos dimensiones básicas:

1. *La dimensión transferencial del desarrollo*, es decir —siguiendo las ideas de Kohut—, la dimensión del objeto del *self* adecuado en sus respuestas empáticas que, reiteramos, después es dejada de lado por estos autores, cambiándola por las ideas de *sintonía afectiva adecuada* o *mala sintonía afectiva* de los padres.
2. *La dimensión transferencial repetitiva*, en la que el paciente espera, pero también teme, que se repitan en el tratamiento las experiencias tempranas de fracaso del desarrollo. Si el terapeuta no puede evitar la repetición de esas experiencias primitivas, el paciente reaccionará experimentando conflictos y ofreciendo resistencias. Los intersubjetivos aseguran que es esta dimensión la que distintos autores trataron de teorizar bajo los conceptos de *objetos internos* y *relaciones de objeto internalizadas*.

Las dos dimensiones de la transferencia descritas oscilan durante el tratamiento como una experiencia figura-fondo, dependiendo de las variaciones de la sintonía afectiva que consiga el terapeuta respecto de las necesidades emocionales del paciente.

Son variaciones que se producen no solo en las transferencias del paciente, sino también en lo que los intersubjetivistas llaman *transferencias del analista* —que en otras teorías psicoanalíticas se entiende como contratransferencia.

Toman el interjuego entre transferencia y contratransferencia, que usualmente se describe en los tratamientos, como un ejemplo de lo que es el campo intersubjetivo.

El proceso psicoanalítico

Es considerado un sistema amplio llamado *campo relacional*, en el que se observa cómo cristalizan los fenómenos psicológicos. Estos se establecen entre ambos participantes de la relación que, como mencionamos anteriormente, tendrán momentos de sintonía afectiva y otros de mala sintonía afectiva (*attunements* y *malattunements*)⁶ en un vínculo de interacción, que es el objeto de la investigación psicoanalítica.

Los instrumentos de observación del terapeuta dentro de este campo intersubjetivo son la introspección y la empatía (igual que en la teoría de Kohut). Puesto que la personalidad del analista está incluida, los autores subrayan la paradoja de que el observador es, a la vez, observado.

La interacción entre estas dos formas de transferencia, tanto en el paciente como en el analista, permitirá que se desarrollen repetidamente dos situaciones básicas, llamadas *conjunción* y *disyunción intersubjetiva* (Atwood y Stolorow, 1984). Cuando los principios organizativos de la experiencia del paciente permiten que sean sentidos por el terapeuta como cercanos a los de su propia experiencia emocional, se produce una *conjunción intersubjetiva*. En cambio, cuando al terapeuta le resulta difícil asimilar el material expresado por el paciente debido a sus configuraciones de experiencia personales, es probable que altere de manera importante los significados que tiene para el paciente. Esto dará lugar a una *disyunción intersubjetiva*. Son situaciones que se repiten alternativamente en el proceso terapéutico.

El analista juega un papel fundamental al darse cuenta reflexivamente de los principios organizativos de su experiencia dentro de la relación terapéutica. De esta manera, permitirá que coincidan mejor los mundos subjetivos de ambos participantes, lo cual promueve una comprensión empática y el *insight*. En caso contrario, pueden producirse perturbaciones en el tratamiento que conducirán a un *impasse*.

Aunque aquí los autores hablan de interpretaciones psicoanalíticas y su capacidad mutante, así como también de *insight* en el paciente, estos términos toman un significado diferente al psicoanalítico, se refieren a sucesos que transcurren en la interacción de sus mundos intersubjetivos.

La tarea principal del analista en la situación terapéutica es tratar de comprender la naturaleza, orígenes y funciones de las configuraciones actuales que estructuran las experiencias subjetivas del paciente. Su labor será más efectiva cuanto mayor sea la capacidad autorreflexiva que adquiera para entender empáticamente el significado de las experiencias del paciente. Para ello, debe tener la posibilidad de descentrarse de los principios organizativos de su propio mundo subjetivo. Esto permitirá un mayor progreso en el tratamiento.

Los elementos técnicos del psicoanálisis clásico como la regla de *abstinencia*, la *neutralidad*, la *asociación libre* y la *atención flotante* quedarán supeditados a la ya mencionada función principal que debe cumplir el analista: entender las configuraciones actuales que determinan las experiencias subjetivas del paciente, en interacción con las suyas. Igualmente las interpretaciones se adecúan al principio terapéutico principal de entender el significado y propósitos de la configuración que se presenta en la sesión (Atwood y Stolorow, 1984).

Bárbara Sánchez-Armass se refiere a la eficacia simbólica del encuadre:

En general el encuadre se conoce como una serie de reglas donde se definen las funciones tanto del paciente como del psicoanalista; días de la semana que acuerdan verse, horarios, honorarios, tipo de relación, lo que se espera del paciente, etc. Los aspectos formales del encuadre son importantes pero pierden sentido si se deja de lado la fantasía inconsciente. En ella encontramos motivaciones y emociones que matizan la vida mental y los vínculos. En este sentido los elementos del encuadre adquieren significados simbólicos. Para Klein los símbolos no solo representan objetos, sino vínculos cargados de emociones y fantasías, principalmente pregenitales y tienen una función tanto defensiva como creativa. Para Freud los símbolos tienen un sentido genital, pero lo pregenital amplía el significado emocional y sus repercusiones en el vínculo. Un paciente puede expresar su voracidad cuando termina la sesión y quiere seguir hablando [...] Otro [paciente] puede querer disminuir el número de sesiones para entrar en pleito con el analista y tratar de sacarlo de su rol interpretativo; además de proyectarle al analista la necesidad del tratamiento. De este modo, el encuadre adquiere una eficacia simbólica con la que el psicoanalista puede trabajar durante la sesión. El método psicoanalítico se sostiene por la interpretación, la asociación libre, la transferencia-contratransferencia, el uso de los sueños y el mantenimiento del encuadre durante el proceso psicoanalítico (comunicación personal, 2011).

En *Los contextos del ser*, Atwood y Stolorow (2004) critican con mayor vehemencia las ideas de *abstinencia y neutralidad del analista*. Aquí, siguen las ideas de Kohut de que lo que se moviliza en el análisis no son conflictos pulsionales, sino detenciones o perturbaciones del desarrollo del paciente, que si no son satisfechas en el vínculo intersubjetivo del análisis se estaría repitiendo una privación traumática y una falta de empatía en la relación terapéutica actual. La abstinencia del terapeuta, desde la posición intersubjetiva, perturba el vínculo analítico y provoca conflictos que no son expresiones de la patología del paciente, sino artefactos provocados por el analista y, lo que es peor, una repetición de las temidas situaciones traumáticas primitivas.

Muchos autores previos a esta corriente se han dado cuenta de que la abstinencia del terapeuta nunca es absoluta, que sus características personales y convicciones psicoanalíticas se expresan de alguna forma y que los pacientes lo detectan. Un ejemplo es el relato de Greenson —analista experto en Psicología del yo—, sobre el tratamiento psicoanalítico de un político republicano, quien al observar las reacciones que Greenson tenía cuando él hablaba de temas vinculados con la política, concluyó que seguramente su analista era un demócrata liberal (1976).

La teoría intersubjetiva establece que en la situación analítica hay dos mundos subjetivos que están permanentemente autorrevelándose aunque intenten ocultarse y asume una actitud radical respecto de esta afirmación. Crea el término *self-disclosure* (autorrevelación) para el terapeuta. El analista debe hablar sobre su propia subjetividad cuando esta aparece de manera expresa o encubierta en el vínculo analítico. El argumento de este cambio tan importante para la tarea terapéutica es que al trabajar dentro de un campo intersubjetivo, el analista debe entender, junto con el paciente, los significados de todo lo que está sucediendo entre ambos. Si él cree que ciertos datos privados suyos pueden perturbar el campo intersubjetivo, es pertinente hacer dicha autorrevelación. Esto dependerá fundamentalmente de las necesidades afectivas del

paciente y podrá variar en cada tratamiento. No existen reglas técnicas que definan claramente esta situación. La decisión queda sujeta a la comprensión que el terapeuta tenga sobre el campo intersubjetivo.

Esta situación, que es muy importante dirimir para la concepción psicoanalítica del proceso, tiene consecuencias en relación con la marcha del tratamiento y las actitudes que el terapeuta decide tomar sobre su tarea, razón por la cual provocó que se escribieran muchos trabajos dentro del mismo grupo intersubjetivo y también numerosas críticas de analistas que ven peligroso abandonar la neutralidad y abstinencia del psicoanálisis clásico por otro concepto que parece tan intuitivo, ambiguo y poco definido de parte del analista.

Tratamiento de pacientes graves o *no neuróticos*

Pacientes borderlines

Estos autores no aceptan que el diagnóstico *borderline* se considere como un trastorno que se origina en conflictos pulsionales específicos, caracterizado por una mayor agresividad, déficit de las funciones yoicas y uso de defensas primitivas, principalmente la disociación y la identificación proyectiva. Piensan que el paciente *borderline* tiene percepciones fragmentadas de sí mismo que no le permiten sintetizar experiencias afectivas discrepantes del *self* y el *otro*, lo que se expresa por una intensa vulnerabilidad. Cuando en el tratamiento muestran fluctuaciones en sus estados afectivos están expresando la necesidad de que el terapeuta cumpla las funciones de objetos del *self* que no se realizaron adecuadamente en los períodos tempranos del desarrollo. Esperan que el analista funcione como un objeto arcaico que con empatía tolere estos estados afectivos contradictorios y lo ayude a integrarlos paulatinamente. El paciente tiene el anhelo de reasumir un desarrollo infantil interrumpido que provocó su enfermedad. Esta explicación intersubjetiva del estado *borderline* forma parte del libro *Psychoanalytic Treatment. An Intersubjective Approach* (El tratamiento psicoanalítico. Una aproximación intersubjetiva), escrito por Stolorow, Brandchaft y Atwood (1987) y dedicado a la memoria de Heinz Kohut.

Las reacciones agresivas que el paciente suele tener frecuentemente con el analista expresan manifestaciones violentas frente a respuestas de mala sintonía del terapeuta.

Por ejemplo, si se le interpreta que está disociando buenas y malas relaciones o experiencias, o cualquier otra defensa primitiva, el paciente se enoja porque revive la experiencia traumática de no sentirse entendido en sus reacciones arcaicas.

Los estados de confusión sujeto-objeto que presenta el *borderline* en el tratamiento son producidos, según estos autores, por el déficit en el desarrollo, que impidió establecer una adecuada diferenciación entre el *self* y el objeto. La empatía es el instrumento a

través del cual será posible responder a las necesidades afectivas que tiene el paciente. Las consideran como trastornos de moderados a graves del *self*, cuya severidad está definida por los siguientes rasgos: el sentido cohesivo del *self*, la estabilidad temporal y la intensidad afectiva.

Cuando se producen fallas en la respuesta de sintonía del terapeuta, no las consideran iatrogenia. Piensan que el paciente confía en que el campo intersubjetivo creado con el analista le proporcione el contexto adecuado para traer al tratamiento sus vínculos arcaicos, déficits del desarrollo, ansiedades de fragmentación, que pueden coexistir ahora con las capacidades empáticas del terapeuta. Este no puede evitar las experiencias de fracasos previos, pero sí entenderlas desde la perspectiva única del mundo subjetivo del paciente.

Estados psicóticos

El tema principal, desde la perspectiva intersubjetiva, es comprender mundos subjetivos de distinta organización interactuando en la terapia. Así se podrán entender las diferencias y similitudes de esas formas de funcionamiento. Por ejemplo, la interacción entre el mundo subjetivo de un paciente delirante y el del terapeuta en una actitud de sintonía afectiva con él, dará nuevos instrumentos para la comprensión y terapia de los fenómenos psicóticos.

Con estos conceptos tratan de entender cómo surgen ciertos fenómenos psicológicos: síntomas neuróticos, actuaciones sexuales, los sueños y los fenómenos psicóticos como el delirio y las alucinaciones. Todo se explica por un déficit en la coherencia y fortaleza del *self*, producto de los déficits ambientales. Los elementos psicóticos surgen como un intento desesperado de mantener la integridad psicológica. Un ejemplo serían las ideas delirantes, que son elaboradas para concretizar la experiencia que tiene el paciente de un *self* que comenzó a resquebrajarse. Es la falta de validación necesaria para la cohesión del *self* la que lleva a construir ideas delirantes, que forman el núcleo de los estados psicóticos.

El terapeuta tratará de entender las verdades afectivas que están simbólicamente concretizadas en el delirio. Al explicárselo al paciente, de tal manera que pueda entenderlo y ofrecerle el nuevo vínculo de confianza, logrará que disminuya el contenido delirante hasta que desaparezca, a menos que el paciente vuelva a sentir en peligro el vínculo y la respuesta validante.

En *Worlds of Experience*, Stolorow *et al.* (2002) atribuyen la dificultad de comprensión en el tratamiento de pacientes psicóticos, a la concepción cartesiana de la mente, que asumió el psicoanálisis desde Freud. La definen como un sistema de pensamiento que entiende la mente como un fenómeno aislado, en relación con una realidad externa, estable y organizada. Sería esta idea de la estructura mental la que

mantiene separados los contenidos internos de una realidad externa objetiva. También reifica una manera de entender las experiencias centradas en la mismidad, que se siente distinta y apartada del mundo externo.

Según los intersujetivistas, esta concepción cartesiana provocaría también una dificultad metodológica para entender las experiencias extremas de pérdida de la propia identidad o de desintegración, que están en el centro de la experiencia psicótica. Creen que estas se pueden resolver con una metodología fenomenológica intersubjetiva.

Una ampliación de estas ideas es expresada en el mismo texto, en que se retoman postulados provenientes de una epistemología propuesta por el filósofo pragmatista Richard Rorty (1989), entre otros. Se asume la existencia de la realidad psíquica del paciente, sosteniendo que solo es posible aproximarse a ella dentro de lo que la perspectiva del propio analista puede permitir. Es importante que los terapeutas reconozcan sus sistemas teóricos como limitantes de la captación del mundo subjetivo de sus pacientes y también en la codeterminación del desarrollo del proceso analítico, que se debe investigar permanentemente.

Se trata de entender los procesos psicóticos desde las propias vivencias del sujeto que los padece, sin ninguna referencia a una realidad externa objetiva (Stolorow *et al.*, 2002).

Los ejemplos clínicos que exponen para la comprensión de numerosas reacciones psicóticas, como la sensación de desaparecer, de no existir, de tener la convicción de ser envenenado o penetrado por seres extraños, o los sentimientos de grandiosidad, de ser el hijo de Dios, el dueño del mundo, etc., se describen como una forma de cohesión que contrarresta la fragmentación del *self*.

Para estos autores, la teoría de la intersubjetividad proporciona al terapeuta instrumentos de comprensión que respetan las ideas delirantes del paciente y le provocan sentimientos de alivio al ser comprendidos y validados en su experiencia.

Piensen que aunque el derrumbe de cohesión del *self* sea muy intenso, siempre existen algunas señales de esperanza de que surjan elementos de recuperación de ese estado tan angustiante de aniquilación personal. Esto los hace sentirse optimistas respecto al tratamiento de pacientes muy graves.

Por ejemplo, la erotización en la transferencia se produce porque el paciente no se sintió bien comprendido por el terapeuta. Creen que si se interpreta la erotización en la transferencia dándole un significado inconsciente, se produce un atrincheramiento del paciente y se crean resistencias. Solo si el terapeuta puede entender su rechazo defensivo de las necesidades de reconocimiento del paciente, adquirirá un contacto empático con el *self* infantil traumatizado del paciente. El *impasse* se resuelve cuando el terapeuta logra entender las conjunciones y disyunciones intersubjetivas que se producen en la sesión.

Si bien resulta interesante esta convicción de esperanza para la recuperación terapéutica de pacientes graves atendidos desde la teoría intersubjetivista, no deja de

llamar la atención que contrasta con la opinión de la mayoría de los psicoanalistas que se han ocupado del tema desde múltiples perspectivas y en diferentes momentos del psicoanálisis, donde la posible recuperación de pacientes psicóticos es difícil, aun después de realizados largos y complejos tratamientos.⁷

En la descripción que acabamos de hacer sobre las ideas principales de los autores intersubjetivistas fue nuestra intención mantener una actitud ecuánime que permita dar al lector una visión general de sus desarrollos teóricos, clínicos y técnicos. No pudimos evitar cierto monto de repetición. Creemos que es el resultado de que tanto el desarrollo normal, como sus perturbaciones —desde las más leves hasta las de mayor gravedad— provienen de un elemento central para estos autores, que es la respuesta empática, más o menos adecuada, que desde el comienzo del desarrollo proporcionan los cuidadores al infante.

Comentarios sobre algunas ideas de los autores intersubjetivistas

En este apartado emitiremos reflexiones personales respecto de lo que consideramos hallazgos y puntos vulnerables de la teoría intersubjetivista. Como ya lo manifestamos anteriormente, se trata de opiniones, nunca de certezas. Se requiere que transcurra tiempo para que las afirmaciones, a veces un tanto absolutas, de ciertas creencias psicoanalíticas se decanten y demuestren cuáles de sus aportaciones originales persisten y logran quedar integradas al cuerpo general de la disciplina psicoanalítica.

- a. Pensamos que un elemento valioso de la teoría intersubjetiva es considerar, siguiendo las ideas de Kohut, la actitud empática del analista y su capacidad de introspección como dos instrumentos esenciales para comprender las experiencias actuales y pasadas del paciente. Esto supone que el terapeuta debe tener un grado de salud mental y autocomprensión adecuados que le aseguren disponer de gran sensibilidad para establecer una sintonía emocional concordante con las necesidades del paciente en la sesión. También compartimos con ellos la idea de que cuanto más grave sea la patología, mayor será la exigencia para la capacidad de comprensión del analista. Estas opiniones coinciden con la preocupación de la mayoría de los esquemas referenciales actuales del psicoanálisis.

Ahora bien, el tema da lugar a controversias principalmente por la manera en que estas ideas son aplicadas en los tratamientos terapéuticos. Nadie dudaría que un analista con buena salud mental posee mejores aptitudes para comprender y ayudar emocionalmente al paciente. Podemos considerarlo un factor necesario, pero siempre estará el interrogante de si la actitud de sintonía afectiva resulta suficiente para promover cambios duraderos en la estructura psíquica del analizando. Al apostarle todo a la empatía y dejar de lado la interpretación del analista y el *insight*

del paciente se corre el riesgo de ubicarnos muy cerca de modelos de psicoterapias humanísticas, o más aún, se presenta la posibilidad de reducirnos a una psicoterapia simple o de apoyo, donde el factor sugestivo puede tomar un papel central.

Por otra parte, si durante el desarrollo no se registraron identificaciones adecuadas con las figuras de los padres o cuidadores, capaces de permitir un crecimiento mental saludable en el paciente, cifrar toda expectativa de cambio en la relación intersubjetiva actual con el terapeuta parece una creencia un tanto ingenua en la omnipotencia de las capacidades benéficas del nuevo vínculo entre ambos. Al menos, sería necesario que esta teoría definiera los límites que tiene el método empático-introspectivo en la exploración y modificación dentro del campo intersubjetivo.

- b. Otro elemento que consideramos valioso en la clínica de los intersubjetivistas es la importancia de reconocer y admitir la perspectiva personal y subjetiva del paciente. En los ejemplos clínicos que se exponen, esta idea viene acompañada de la descripción de cómo estos autores comprenden la génesis de todo trastorno mental o dificultad emocional. Siempre se produce por una falta de respuesta empática de los cuidadores, desde los primeros períodos de la vida mental en adelante. Se instalaría así un desajuste afectivo de origen exclusivamente ambiental, que impide al paciente lograr la validación de sus emociones, vivencias y sensaciones corporales.

En la medida en que simultáneamente se elimina todo factor interno de la mente del sujeto, los tratamientos se vuelven un poco uniformes y repetitivos. Todos los pacientes quedan incluidos en la misma categoría, ya sea que se trate de personas relativamente saludables o aquellas con perturbaciones muy graves. En este contexto, se comprende que compartir la visión que el paciente trae de sus propios problemas significa para el analista que tomará como válida la historia que el analizando tiene de sí mismo. No entran en esta perspectiva recuerdos encubridores, deseos edípicos, rivalidad, celos posesivos, agresividad ni alguna motivación inconsciente. Pensamos que es una visión que limita la riqueza de comprensión no solo del estado emocional de los pacientes, sino también de nuestra propia vida mental.

Bajo este esquema, daría la impresión de que los numerosos personajes de Shakespeare arrebatados por los celos posesivos, las pasiones de amor y odio, la codicia, la avaricia, la superficialidad, el conflicto edípico, el parricidio, entre otros, serían transformados en múltiples variaciones del David Copperfield de Charles Dickens, es decir, un niño como víctima inocente de la crueldad de los adultos.⁸

- c. La idea de rechazar todos los conocimientos que provienen del psicoanálisis previo a la aparición de los autores intersubjetivos —desde Freud y sus discípulos hasta la

actualidad—, bajo el argumento de que provienen de una psicología de la *mente aislada* y sustituirlos por otros originados en el *campo intersubjetivo*, no nos parece convincente. Los analistas que nos hemos formado considerando la evolución histórica de nuestra disciplina quedamos insatisfechos, pues esto significa no solo rechazar la teoría pulsional de Freud, sino tirar por la borda muchos saberes y categorías que nos permiten entender con profundidad los conflictos humanos y sus infinitas variaciones. En su lugar, los intersubjetivistas nos ofrecen una simplificación exagerada del funcionamiento de la mente y la personalidad. Al borrar cualquier factor interno, descartando todo elemento de la realidad psíquica para entender las motivaciones inconscientes (en el sentido freudiano), tanto la génesis de los conflictos como las posibilidades terapéuticas quedan limitadas al ambiente.

Nos resulta más atractiva como elección personal y más acorde con nuestra formación científica, literaria y artística, la tarea psicoanalítica que permite explorar la infinidad de matices de afectos, distorsiones de lo perceptivo y lo emocional, variadas motivaciones que permanentemente intercambiamos y tratamos de entender en los tratamientos, tanto en los pacientes como en nosotros mismos.

En este sentido, en la amplia bibliografía que revisamos sobre el tema, nos llama la atención que encontramos varios artículos de terapeutas de distintas asociaciones estadounidenses dedicadas a la psicoterapia que valoran especialmente la aplicación de los modelos intersubjetivos para tal fin. No queda del todo claro por qué los autores intersubjetivistas insisten en llamarse *psicoanalistas*. Sería más válido establecer sus postulados como una forma de psicoterapia.

- d. Resulta llamativo que siendo el tema central el vínculo intersubjetivo, se tome en cuenta fundamentalmente solo a uno de los integrantes de la díada, en este caso el niño o el paciente, que aparece como víctima de la falta de un reconocimiento empático por parte de los padres o los terapeutas.

Si toda falla es debida al objeto externo, podríamos considerar que se produce un retorno a los modelos cartesianos (aunque de manera no manifiesta), puesto que es una parte solamente, el cuidador, quien produce el problema. Resulta contradictorio con la noción misma de intersubjetividad. Según los autores, esta sería una condición que lleva a una reificación. ¿No valdría también para el caso de los procesos explicativos unicausales que ellos usan respecto a los orígenes de toda perturbación mental?

Es cuestionable que no se adjudique al niño una participación más activa de los intercambios y resultados en los que está involucrado durante su desarrollo. Creemos que no es imprescindible para ello mantener la teoría de la pulsión descrita por Freud; de hecho, esta ha sido modificada, tanto en su función como en su origen, por muchos psicoanalistas contemporáneos, que transforman no solo la

metapsicología pulsional sino el estudio del objeto externo —este tema ha sido mencionado en varios capítulos de este libro, por ejemplo, en las teorías de autores franceses actuales, así como también poskleinianos y freudianos contemporáneos—. Siguiendo esas ideas de distintos esquemas referenciales, tendríamos que reconocer también fuerzas internas del sujeto, así, el concepto de *intercambio* podría resultar más equilibrado.

Pensar en el bebé recién nacido como un pizarrón en blanco (tábula rasa) que se estructura exclusivamente por la comprensión emocional que los padres le brindan, aun desde la teoría de la intersubjetividad, significa reducir demasiado el espectro de múltiples posibilidades de reacción. Como si tuviéramos que ignorar también, por ejemplo, la teoría del desarrollo temprano de Margaret Mahler, donde ubica con tanta claridad la importancia de las ansiedades de separación en el desarrollo normal y en la génesis de la patología infantil grave. De hecho, esta es una categoría teórica, clínica y técnica reconocida por psicoanalistas de muchos esquemas referenciales contemporáneos, que no encontramos mencionada en la extensa bibliografía de los intersubjetivos.

- e. Las teorías de déficits en el desarrollo normal, así como las de traumas repetitivos tempranos, son usadas frecuentemente en el psicoanálisis contemporáneo. Coincidimos en que muchas veces en la clínica se pueden observar estos elementos, particularmente en la génesis de patologías graves.

Que pueda existir un déficit en la construcción de estructuras mentales, principalmente en el desarrollo temprano, es una hipótesis aceptada por todos los esquemas referenciales del psicoanálisis actual. Por ejemplo, Kernberg lo afirma para el desarrollo de los pacientes *borderlines*. Esther Bick lo plantea en la consideración de patologías psicosomáticas y en los fenómenos de la *segunda piel* o *identificación adhesiva*. Autores del grupo francés contemporáneo, como André Green, también lo formulan para la comprensión de la *psicosis blanca*, así como Joyce McDougall lo utiliza para las *neosexualidades*, adicciones, alteraciones psicosomáticas y otras patologías graves. Kohut lo usa para la comprensión de las patologías narcisistas, y así se puede observar con todos los esquemas referenciales contemporáneos.

En las teorías del déficit, síntomas muy diversos son entendidos como defensas frente a la vulnerabilidad del niño o el adulto en su personalidad o su *self*. El sujeto teme sufrir ansiedades psicóticas y de fragmentación en sus diferentes manifestaciones. El tema en discusión no es este reconocimiento clínico, sino el origen ambiental exclusivo que, en general, acompaña al concepto de *déficit* en la mayoría de las vertientes teóricas del intersubjetivismo.

Es importante subrayar las consecuencias que tiene en la técnica el concepto de

déficit para el tratamiento de los pacientes graves. En general, es un enfoque que suele alejarse del encuadre psicoanalítico. También de la interpretación y el *insight* como instrumentos terapéuticos para el analista y el paciente respectivamente. Se apuesta al vínculo interpersonal como elemento curativo principal, enfoque que nos genera dudas. ¿Cómo evaluar los resultados, si dejamos de lado el efecto sugestivo que sin duda acompaña al vínculo intersubjetivo, cuando el terapeuta siempre se pone del lado del paciente y su inocencia? ¿No se favorecen fenómenos de disociación entre el vínculo idealizado con el analista y la proyección en el pasado —o en el mundo externo— de todas las perturbaciones y dificultades, no solo de la patología, sino también de la vida misma?

Tampoco son consideradas las múltiples facetas de cada personalidad, como resultado tanto de factores temperamentales como también de cambiantes procesos de identificación con los padres y el entorno. ¿Cómo estar seguros de que un paciente con ansiedades paranoides intensas, por ejemplo, puede percibir el vínculo intersubjetivo en la sesión como algo bueno para él? Y más aún, si no logramos un buen clima emocional es porque no lo entendemos de manera suficientemente empática y corremos el riesgo de retraumatizarlo.

En el enfoque intersubjetivo, todos los aspectos patógenos son adjudicados al ambiente, siempre el único factor responsable es la falta de comprensión empática de los cuidadores. Tomando en cuenta que es una hipótesis de los orígenes, por lo tanto imposible de comprobar, nos parece que la terapia se transforma en una aplicación de estos principios teóricos a las mil variantes que observamos en la clínica. Nuestro ideal es que sucediera al revés, observar la clínica para modificar y mejorar las perspectivas teóricas.

En nuestra experiencia clínica atendemos muchos pacientes que sin duda alguna sufrieron déficits de cuidados personales básicos, tanto vitales como afectivos. Es un elemento por tener muy en cuenta en el tratamiento de pacientes graves. Son frecuentes los padecimientos melancólicos y depresivos intensos, los trastornos sadomasoquistas, entre otros. Pero pensamos que atribuir todo el peso patógeno al factor ambiental sin tomar en cuenta conflictos de celos, posesividad, rivalidad, deseos edípicos, sensaciones de terror o amenaza, narcisismo, ansiedades de separación y de fragmentación, reduce demasiado el campo de comprensión de la afectividad y de la patología humana.

- f. Una dificultad que presenta la teoría intersubjetiva es que crea un abismo metodológico con el resto de los esquemas referenciales del psicoanálisis actual. Incluso el modelo kohutiano, que fue un punto de partida significativo para estos autores, termina siendo rechazado en muchos de sus conceptos centrales por considerarlo un modelo de la *mente unipersonal*. Lo mismo hacen con el grupo

relacionalista porque mantiene la existencia de una realidad psíquica individual en interacción con las relaciones interpersonales. Es una situación particularmente difícil en un momento del psicoanálisis contemporáneo en que asumen relevancia las ideas de pluralismo y complejidad, que nos pueden ayudar a crear puentes de interacción entre los distintos esquemas referenciales, también para una comprensión más abarcadora y profunda del material clínico.

En el psicoanálisis actual aprendemos una especie de plurilingüismo dentro de la clínica y la técnica de cada situación emocional y mental. En ese contexto, nos parece que la posición intersubjetivista constituye un retroceso en el panorama psicoanalítico. Definen su teoría desde su propio campo de comprensión, que primero es fenomenológico y luego contextual. Rechazan todo concepto metapsicológico calificándolo de reificación de algo que no existe (toda la metapsicología psicoanalítica queda definida de esta manera). De modo que o se parte de sus propios principios o no hay intercambio ni diálogo posible.

- g. Pensamos que la comprensión empática resulta un instrumento valioso para una psicoterapia que dé apoyo y sostén al paciente. Ser escuchado con comprensión y afecto por un terapeuta que comprometa su secreto profesional, se ponga del lado del paciente y le ofrezca cercanía emocional, puede ser muy bueno especialmente para la atención de patologías graves, que no siempre ofrecen una esperanza de mejoría terapéutica ni siquiera con los mejores tratamientos y los analistas más expertos. Además es una técnica que nos obliga a controlar nuestra sensación de omnipotencia terapéutica.

La idea de escuchar con empatía al paciente, tratar de entender lo que nos dice desde su propia perspectiva vivencial, no imponerle valores propios ni tratar de incidir en los resultados terapéuticos, tomar en cuenta el intercambio emocional profundo que se produce en la sesión, tener una actitud permanente de introspección en la contratransferencia, estar tan atentos al contenido de las interpretaciones como a la forma de decirlas con el mayor afecto y comprensión posibles son, sin duda alguna, indicaciones técnicas excelentes, que aunque no sean elementos originales de los intersubjetivos, estamos seguros de que dejarán una huella en la manera de trabajar de todos los psicoanalistas, independientemente de su esquema referencial.

NOTAS

¹ Gill (1995).

² Quizá para Merton Gill estas ideas nos ubicarían en lo que él llama *psicoanalistas clásicos* o *no modernos*.

³ Véase el resumen del artículo de Merton Gill antes presentado.

⁴ *Reificación* es un concepto con varias acepciones. En el contexto de esta teoría refiere a que una creación del espíritu es considerada como un hecho real que existe en el mundo material.

⁵ En este capítulo, las citas de textos que no están publicados en español han sido traducidas por los autores.

⁶ Las palabras *attunements* y *malattunements* figuran en Stolorow *et al.* (2002: 47). La segunda comienza

textualmente con la sílaba *mal*.

⁷ Véase Searles, 1966; Rosenfeld, 1965; Bion, 1957, y Green, 2011.

⁸ Muchas veces encontramos en la literatura descripciones realmente asombrosas de los estados anímicos de personajes, con una muestra interesante de múltiples facetas. En *Los hermanos Karamázov*, Dostoyevski expone el relato de un episodio celotípico con tintes delirantes y, a la vez, fantasías de suicidio, de uno de los personajes centrales, Dmitri Karamázov. Los sentimientos de amor y odio desbordados, junto con una actividad maníaca llena de agresividad hacia quienes lo rodean y también hacia sí mismo, son objeto de la comprensión del autor, quien desarrolla las múltiples contradicciones y motivaciones de su estado mental, tanto internas como ambientales.

Capítulo 5

Acerca del psicoanálisis relacionalista

Desde mediados de la década de 1980 se ha desarrollado en Estados Unidos una nueva tendencia tanto teórica como clínica dentro del pensamiento psicoanalítico. Sus iniciadores fueron Stephen Mitchell y Jay Greenberg. Junto a ellos se alinearon otros psicoanalistas independientes, definiendo lo que llaman una *nueva tradición*. De esta manera, tratan de diferenciarse de lo que denominan *psicoanálisis tradicional*, en donde ubican principalmente la tradición freudiana del psicoanálisis clásico, más las distintas corrientes posfreudianas: teorías de las relaciones de objeto tempranas en el pensamiento británico, Klein, Fairbairn, Winnicott, Bowlby, los grupos annafreudiano y poskleiniano, las escuelas americanas de la Psicología del yo, mahleriana, kohutiana y seguidores de las ideas de Kernberg.

Son autores que se agrupan en la comunidad relacionalista, no les gusta identificarse como escuela por el temor de quedar encasillados dentro de formas de pensamiento rígidas o dogmáticas, que es algo que cuestionan al psicoanálisis tradicional.

Desarrollan sus ideas y principios alrededor de tres instituciones o programas de enseñanza: la American Psychological Association, la revista *Psychoanalytic Dialogues* y el Programa Posdoctoral en Psicoterapia y Psicoanálisis de la New York University, Relational Track. Esto es digno de ser tomado en cuenta, porque la mayoría de sus integrantes son doctores en humanidades. Proviene de una formación psicoanalítica totalmente diferente de los analistas que pertenecen a la Psicología del yo y a los seguidores de Kohut y Kernberg —en su mayoría médicos psiquiatras y algunos más próximos a un enfoque del psicoanálisis cercano a la medicina, con preocupaciones ligadas a los resultados terapéuticos y sus posibles métodos de validación.

El psicoanálisis relacional surgió bajo la influencia de distintas corrientes de pensamiento como:

1. *El grupo interpersonalista americano*, fundado en Estados Unidos durante los años treinta y cuarenta por Harry Stack Sullivan, Erich Fromm, Karen Horney, Clara Thompson y otros, en el William Alanson White Institute. Este grupo se alejó

del psicoanálisis clásico y de su idea central de conflictos intrapsíquicos. También desarrolló una crítica frontal a la teoría pulsional de Freud, argumentando que la mente solo puede formarse en un campo interpersonal y contextual. Para describir la situación terapéutica, Stack Sullivan creó la idea del terapeuta como *observador-participante*, alguien que observa lo que está sucediendo en el campo terapéutico y, a la vez, forma parte integral de su configuración.

2. *Ronald Fairbairn*, notable psicoanalista escocés perteneciente al grupo británico que en 1945 desarrolló ideas originales sobre las relaciones de objeto tempranas (1962). Los relacionistas toman de Fairbairn tres ideas principales: *a)* la formación del *self* y la del objeto externo son inseparables; *b)* la mente del recién nacido es *buscadora de objetos*, tiene una necesidad primaria de relacionarse con el objeto externo (la madre); se trata de un proceso previo e independiente de la descarga pulsional; *c)* la personalidad está formada por múltiples partes del *self* que son discontinuas y permanecen unidas por una coherencia ilusoria que tiene raíces tanto conscientes como inconscientes. Igualmente, los diferentes personajes del sueño representan distintos aspectos del *self* del soñante.
3. *La teoría winnicottiana*. De esta ponen énfasis principalmente en la idea de *indiferenciación* entre el bebé y la madre en los períodos tempranos del desarrollo, así como en el intenso vínculo emocional que se crea entre ambos. Toman en cuenta la idea de *sostenimiento real (holding)* de la madre con el bebé y la gran importancia que dicha relación afectiva tiene para el desarrollo del infante.
4. *La teoría del apego (attachment)* de Bolwby —derivada de conceptos etológicos—, que se aplica a la comprensión de la profunda relación que se produce entre el niño recién nacido y su madre. Bolwby considera que esos vínculos tan intensos son el resultado de actividades instintivas, como mamar o sonreír, por parte del bebé, y sostenerlo, arrullarlo, limpiarlo, por parte de la madre. Este autor concibe las conductas del bebé como «mediadoras» del apego, ya que producen conductas maternas complementarias de parte del cuidador (*care-giver*), en quien evocan nuevamente otras respuestas análogas de unión con el bebé. No se puede decir quién de ellos comienza las acciones, sino solo que se complementan uno al otro mediante microadaptaciones. En esta comprensión resalta la importancia de la madre real y los sucesos también reales para el desarrollo normal de la personalidad.
5. *Las ideas kleinianas y poskleinianas* que están dirigidas, sobre todo, a cómo entender la situación analítica que se desarrolla en el vínculo transferencia-contratransferencia. Es importante la lectura que el analista pueda realizar de su contratransferencia para entender quién es él para el paciente —es decir, cómo percibe el paciente al terapeuta desde su subjetividad— y qué influencia tiene esto en la interacción del tratamiento y en la producción del material, sus fantasías y

relatos. También en la nueva experiencia que vive el paciente a través del análisis.

6. *Las ideas de Kohut*, que influyeron centralmente en el grupo intersubjetivo.

7. *El grupo psicoanalítico feminista* que estudió los temas de sexo y género en una relación cercana con factores sociales y culturales. Jessica Benjamin es una de las autoras que más influyó en la tradición relacionalista.

Todas estas ideas confluyeron en el desarrollo del psicoanálisis relacionalista, que se define a sí mismo, transformando esta mezcla de distintas corrientes en una forma de pensar no restrictiva, amplia y abarcadora de la intersubjetividad humana.

La mayor parte de las ideas expuestas en este capítulo se basan en una lectura detenida de las obras de Stephen Mitchell, uno de los principales creadores de la corriente relacionalista, investigador que profundizó en el estudio de todas las corrientes psicoanalíticas actuales, incluida la obra freudiana. Como coautor, publicó junto con Jay Greenberg, *Object Relations in Psychoanalytic Theory (Las relaciones de objeto en la teoría psicoanalítica)*, donde establecen un diálogo, respetuoso y a la vez polémico, con todas las corrientes psicoanalíticas existentes en ese momento. Su escritura es brillante, al igual que sus conceptualizaciones. Publicó numerosos textos donde desarrolló los fundamentos y objetivos de la corriente relacionalista.

Las propuestas más importantes de la corriente relacionalista son:

- Para entender el desarrollo mental no se puede tomar la mente como algo individual. La subjetividad humana solo puede explicarse a partir de relaciones interpersonales que son internalizadas y forman una experiencia personal inicial. Dichas experiencias personales, a la vez, son reguladas y transformadas para volver a crear nuevas formas de relaciones interpersonales. Se van construyendo patterns de interacción que recrean y modifican las nuevas relaciones.
- Los relacionalistas mantienen la existencia de procesos intrapsíquicos, que están en continua relación con las nuevas relaciones interpersonales que, a la vez, van cambiando la experiencia personal del individuo. Lo que se jerarquiza desde esta perspectiva es la mente como producto de la interacción con otras mentes. También la idea de experiencia se vuelve central en sus teorías.

Es necesario aclarar que entre estos autores, *intrapsíquico* no designa lo mismo que en las teorías freudiana o kleiniana, por ejemplo. En Freud, la realidad interna se forma a partir de conflictos entre los impulsos sexuales y la represión (donde interviene la cultura), o bien en la lucha entre el ello, yo y superyó; también con sus procesos identificatorios interpersonales, en la teoría estructural.

En Klein, lo intrapsíquico o mundo interno está representado por la lucha de objetos

internos buenos y malos, parciales y totales; o bien, entre sentimientos agresivos y amorosos, los cuales definen los conflictos psíquicos y las fantasías inconscientes, que a su vez constituyen la realidad psíquica o interna.

Los relacionistas, evidentemente, se adhieren a un modelo relacional del conflicto, en el que se presenta una lucha psicodinámica de la experiencia humana producto de la oposición entre deseos, anhelos y temores. Las principales fuerzas contrapuestas provienen de configuraciones de relaciones interpersonales que implican elementos antagónicos y de las identificaciones importantes que derivan de dichas relaciones interpersonales. Queda borrado todo concepto vinculado con las pulsiones como fuerzas generadoras de lo interno.

Como ya hemos mencionado, el individuo no es su principal objeto de estudio, este es desplazado por la idea de una mente siempre en interacción con otras, que se regulan reciprocamente. En el desarrollo mental, la unidad de estudio primaria es la relación madre-bebé. Mitchell admite que existen diferencias innatas entre los bebés, independientemente de su crianza; así, algunas personas son más resistentes a ciertas dificultades de la vida que otras. En la situación analítica, la unidad de estudio es la relación intersubjetiva entre el paciente y el analista. En su texto *Hope and Dread in Psychoanalysis* (*Esperanza y temor en psicoanálisis*), Mitchell (1993) la redefine usando términos que él piensa son cercanos a las vivencias del paciente, vale decir, muy experienciales. Llega al tratamiento analítico con esperanzas y miedos y necesita que ambos sean transformados en una comprensión racional y vivencial. El autor expresa la convicción de que el paciente actual no es el mismo que en épocas pasadas. Lo que trae es una falla en su manera de asignar significados a sus experiencias, siente un fracaso en su subjetividad y una interrupción de su desarrollo personal. Mitchell piensa que lo que el paciente busca en la terapia es recuperar su capacidad de generar nuevas experiencias reales que le resulten significativas.

El objetivo del psicoanálisis será ayudar a lograr un sentido más auténtico de la identidad. Lo esencial no es la comprensión y elaboración de los conflictos y las fantasías infantiles inconscientes, sino la posibilidad de ampliar los significados subjetivos de los pacientes y generar un sentido del *self* a través de la armonización de las diferentes organizaciones de la experiencia que puedan tener sentidos contradictorios. De la misma manera, las interpretaciones no están destinadas a descubrir fantasías inconscientes actuales o pasadas. Más bien, el terapeuta trata de explicar los sucesos relacionales que ocurren entre ambos protagonistas de la relación analítica, cuyos significados están determinados por los patrones repetitivos que tiene el paciente para integrar sus relaciones con los otros, en este caso, aquellos desplegados en la situación analítica. Ni el analista es objetivo en sus interpretaciones ni las esperanzas y miedos del paciente son solo subjetivos.

El terapeuta relacionalista cambia en su comprensión del método analítico. Deja de considerar el *insight* como elemento fundamental del cambio para enfatizar la relación paciente-terapeuta como el elemento curativo esencial.

En palabras de Mitchell, la situación analítica se entiende principalmente como «el encuentro de dos perspectivas, dos subjetividades, dos realidades psíquicas. Esta perspectiva diádica es quizá la cosa más interesante sobre la relación analítica [...] La participación y la investigación dentro de esta dialéctica de dos subjetividades se vuelve el foco central del trabajo» (1993: 78).

Podemos pensar que si bien Mitchell plantea teóricamente que la situación analítica incluye la comprensión de la realidad psíquica del paciente y el vínculo intersubjetivo que se crea entre él y el terapeuta, en el desarrollo de este tema su balanza de comprensión se inclina ostensiblemente hacia el vínculo interpersonal entre ambos, predominantemente en un plano preconscious.

Por eso, la idea de *identidad personal* es frecuente en su exposición. De la misma manera, la *experiencia* que puede incluir elementos conscientes e inconscientes parece ser, desde su perspectiva, uno de los elementos centrales de la exploración analítica. A la vez, hablar de patrones repetitivos en las relaciones interpersonales indica que en su teorización han desaparecido los conflictos y fantasías inconscientes como componentes básicos del funcionamiento mental. La idea es que el niño aprende patrones de cómo integrar sus relaciones con los otros y son esos patrones los que se repiten luego en sus experiencias posteriores.

Para el grupo relacionalista, el debate central del psicoanálisis actual implica una «redefinición de la naturaleza misma del pensamiento psicoanalítico y del psicoanálisis como disciplina» (Mitchell, 1993: 42). Asimismo, resaltan que «el conocimiento en nuestros días es considerado —solo puede ser considerado— pluralista, no singular; contextual, no absoluto; construido, no descubierto; cambiante y dinámico, no estático y eterno» (Mitchell, 1993: 44).

Estas ideas, con las que coincidimos y hemos discutido en distintos capítulos de este texto, han sido planteadas en psicoanálisis, desde Freud hasta las distintas corrientes posfreudianas. Se subrayan especialmente las teorías de las relaciones de objeto tempranas. No se puede sostener que la teoría de una mente aislada es característica del psicoanálisis tradicional y que la de una mente en interacción sea original de las corrientes intersubjetivista y relacionalista.

La misma denominación de *relaciones de objeto tempranas* habla del papel central que se adjudica a la relación bipersonal entre el bebé y la madre desde los comienzos de la vida mental, pero esto es muy distinto del argumento de la *psicología de dos mentes* (*two-mind psychology*) opuesto a la *psicología de la mente aislada* (*one-mind psychology*), que lleva a estos autores a eliminar del psicoanálisis los grandes conceptos

que desde Freud hasta la actualidad han dado lugar a una experiencia clínica y técnica muy valiosa para entender los conflictos y emociones esenciales de la mente humana. Ya explicamos en el capítulo 4 cómo todas las columnas que sostienen la comprensión psicoanalítica se dejan de lado por estas corrientes de pensamiento, sustituyendo la idea de *inconsciente* por la de patrones de relaciones repetitivas en la *experiencia*, que se aprendieron en la infancia y siguen prevaleciendo en la conducta del adulto. Pensamos que el campo de comprensión que nos ofrece la investigación psicoanalítica, tan lleno de variantes y matices diferentes en la emocionalidad del ser humano, queda bastante opacado por un modelo mucho más preconsciente de comprensión de la conducta.

Carmen Islas expone nítidamente lo siguiente:

No cabe duda que la transferencia y la contratransferencia son instrumentos invaluable por medio de los cuales el analista puede reconocer el clima emocional en la sesión y los deseos, temores, ansiedades, triunfos, hostilidad, dependencia de la madre, envidia, temor de castración o la rivalidad con los hermanos. Conflictos como estos existen en nuestras mentes, solo que no se los reconocen porque están proyectados en las múltiples relaciones de la vida real. Ayudado por el encuadre y estas herramientas, el analista interpreta las fantasías inconscientes que están detrás de estos conflictos para que el paciente se pueda hacer cargo de ellos y amplíe la comprensión de sí mismo. Por ejemplo: una paciente con rasgos obsesivos, desde el primer día que utilizó el diván se quitó los zapatos diciendo que no quería ensuciar, con esta conducta ella controlaba los impulsos hostiles que en la fantasía podía dirigir hacia la madre representada por mí en la transferencia. Una paciente adolescente, después de recibir la calificación de un examen, dijo que se sentía como si cargara una losa muy pesada sobre su espalda. En esta fantasía expresa el sufrimiento ante la noticia de una nota que no esperaba (en Espíndola *et al.*, 2011).¹

También es importante reiterar que la idea de realidad psíquica permite establecer una diferencia entre el momento de formación de la estructura psicológica y los desarrollos posteriores de la mente. No cabe la menor duda de que las relaciones interpersonales y la conducta real de los padres del bebé y del niño en desarrollo son fundamentales para determinar su psiquismo. Pero el tema que queremos resaltar es que una vez formada esa estructura —realidad psíquica, mundo interno o denominaciones equivalentes de acuerdo con el esquema referencial que se prefiera—, las variaciones ambientales ya no son el elemento esencial para transformarla. Si un esquizofrénico paranoide se enfermó parcial o totalmente bajo la influencia de los trastornos mentales de los padres, ¿cómo podemos estar seguros de que cuando interactuemos con él en una intersubjetividad no psicótica podrá entendernos como quienes realmente somos? Esta idea es la que nos lleva a pensar que solo podemos interpretar. Toda la psicopatología descrita y entendida en la historia del psicoanálisis lo ha reconocido y aplicado así con buenos resultados terapéuticos. No creemos que la nueva experiencia emocional con el analista tenga, en sí misma, el poder suficiente para cambiar la estructura ya formada de la realidad psíquica. Los largos tratamientos de caracteropatías, donde la rigidez de la patología resulta tan difícil de resolver, nos hace mostrarnos un tanto escépticos frente a la expectativa de los

cambios rápidos y profundos en la situación analítica que sugieren los autores relacionistas, quienes apuestan por la nueva estructura bipersonal formada entre el paciente y el analista para modificar los problemas mentales. También, nos cuesta creer en la posibilidad de que se desarrollen nuevas experiencias inéditas que cambien las anteriores de manera estable y definitiva. Lo mismo respecto a que en la situación terapéutica se retomen procesos detenidos o paralizados durante el desarrollo infantil, para que el analista proceda de maneras diferentes a las experiencias proporcionadas por los padres en situaciones previas. Estas afirmaciones nos parecen teñidas de un matiz de omnipotencia terapéutica. Pensamos igual de autores como Winnicott, que muchos años antes planteó la misma idea para el tratamiento de pacientes graves, a través de lo que él llamó *regresión curativa*. Los autores relacionistas establecen una rotunda oposición entre los modelos freudiano y posfreudianos que mantienen el concepto de *pulsión* y el modelo relacional, donde dicho concepto desaparece y es reemplazado por el de *matriz relacional*.

Los autores relacionistas piensan que Freud cometió un gran error cuando abandonó en 1897 la teoría de la seducción para explicar el origen de los síntomas histéricos. Él pensó primero que cuando sus pacientes le contaban que habían sufrido una seducción sexual de parte de algún adulto significativo en su historia, esos relatos eran reales. Por lo tanto, supuso que los síntomas histéricos se originaban porque un evento externo, la seducción, provocaba un conflicto sexual y su represión. Cuando Freud deja de creer que esas historias son reales, infiere que son producto de fantasías sexuales originadas en la infancia y que expresan deseos inconscientes reprimidos. Si el factor desencadenante no proviene del ambiente, debe tener origen en lo interno. Esto lo llevó a pensar que el niño no es inocente, sino que su mente está siempre dominada por intensas pasiones de contenido sexual y búsqueda de placer, que definen la presencia de conflictos inherentes al funcionamiento mental. Este mundo interno nunca desaparece en la vida psíquica, pueden cambiar sus contenidos pero persistirán a lo largo de la existencia. La idea de pulsión, como una fuerza que parte del cuerpo y demanda una representación en la mente, pasa a ser un elemento esencial para la comprensión de los fenómenos mentales. La mente adquiere así una textura compleja, con significados ocultos para la comprensión del propio individuo.

Loewald, autor de la Psicología del yo, defiende la teoría pulsional de Freud, afirmando que esta ocupa un lugar central en el psicoanálisis, ya que el concepto de pulsión permite entender el aspecto instintivo y primitivo, como una fuente básica de la motivación humana. Según Loewald, las pulsiones «son el comienzo, el centro y el origen de la experiencia» (Mitchell, 2000: 33).²

Los conflictos sexuales infantiles persisten con distinta intensidad en las fantasías, así como en los conflictos, estructuras del carácter, síntomas, inhibiciones y sueños del

adulto.

Mitchell piensa que cuando Freud abandona la teoría de la seducción infantil, deja de entender al individuo en el contexto social y cultural que da origen a sus motivaciones y conflictos y comienza a dar mayor importancia a las fantasías internas que a la realidad externa, en este contexto, toma más jerarquía lo que el paciente cree que sucedió o lo que inconscientemente desea que suceda. Así, los sucesos reales pierden significación frente a la realidad psíquica. Ya no importan tanto las otras personas y su relación con el paciente, resultan más significativas las fantasías que él tiene sobre las personas que lo rodean. Una gran cantidad de psicoanalistas de diferentes épocas consideramos que este cambio significó, quizá, el primero de muchos saltos conceptuales geniales que Freud dio en su extensa producción teórica y clínica y en la invención del psicoanálisis.

Creemos que es importante tomar en cuenta que la idea de pulsión ha cambiado su sentido a lo largo de la historia del psicoanálisis. Se la sigue considerando un factor interno en la mente del sujeto, que define su mundo de fantasías y sus motivaciones principales. Pero, a la vez, disminuyó la importancia del aspecto energético del modelo; la descarga pulsional como reguladora del aparato psíquico ya no es entendida como una fuerza que domina el funcionamiento mental. En cambio, la idea de pulsión como origen de las intensas emociones y contradicciones que dominan la mente sigue siendo un elemento psicoanalítico atractivo para desentrañar los infinitos significados de la motivación humana.

Los relacionistas, por el contrario, piensan que este viraje conceptual de Freud produjo una dicotomía, que responde a un intento de integración. Definió una división entre lo intrapsíquico y lo interpersonal. Quedaron separadas las ideas de fantasía *versus* percepción, mundo interior y mundo exterior, realidad psíquica contra realidad externa, teoría pulsional contra influencias ambientales. Por supuesto, también consideran la pulsión de muerte como un error de la teoría freudiana. Destacan, en cambio, la importancia de los factores ambientales en el desarrollo mental. En consecuencia, las reglas principales de la técnica freudiana y posfreudiana para el tratamiento psicoanalítico resultan controvertidas y dejadas de lado por los relacionistas.

Ellos consideran que el *modelo pulsional* y el de la *matriz relacional* como origen del funcionamiento psíquico son irreconciliables. Serían distintas formas de observar los fenómenos psíquicos que definen modelos de comprensión incompatibles. Consideran este dilema como una opción entre la tradición y la innovación.

Los autores que quitan importancia a la pulsión a favor de resaltar las relaciones intersubjetivas —escuelas interpersonales, escuela británica de las relaciones de objeto tempranas, especialmente Fairbairn y Winnicott, la teoría de la Psicología del *self* o kohutiana, enfoques intersubjetivista y relacionista— también tienden a restarle jerarquía clínica a la sexualidad infantil y en general a la sexualidad *per se*. La ven como

un fenómeno más tardío de lo que suponía Freud. Es decir, anulan la importancia de todas las fantasías sexuales vinculadas con el período sexual infantil. Creen que la sexualidad solo se vuelve conflictiva como un fenómeno secundario y reactivo a carencias de las fases anteriores de relaciones de objeto —déficit del objeto del *self*, fallas en la empatía, carencias de la sintonía emocional con los cuidadores, déficit en el apego, según el modelo del desarrollo temprano que se prefiera. Esta renuncia a considerar la sexualidad infantil como fuente primaria de la psique, presupone que, en su lugar, se tomen en cuenta elementos relacionales y sociales como los únicos o los más importantes para el origen de los conflictos psíquicos posteriores.

La renuncia que hacen estos modelos de pensamiento a tomar como referencia esencial del psiquismo, la comprensión de los conflictos inconscientes es considerablemente significativa. La idea de *experiencia* sustituye al concepto de *inconsciente*. Se abandona la sexualidad y todos sus derivados, la agresividad y el amor, como bases del funcionamiento psíquico y el mundo de las fantasías e imaginación que nutren la vida humana.

Pensamos que este tipo de innovación en el pensamiento psicoanalítico empobrece excesivamente la complejidad de la historia y el desarrollo personal, a favor de elementos más racionales y conscientes vinculados con la idea de experiencia en la vida de las personas. Los casos clínicos que relata Mitchell en sus textos muestran un diálogo comprensivo e inteligente entre ambos miembros de la situación analítica. Estos autores resaltan la necesidad de que el analista se comprometa emocionalmente para ayudar al paciente a recibir otras opciones de experiencia que las que trae repetidamente. Pero reducir la totalidad del vínculo a argumentos conscientes y, en algunos casos, preconscientes, en los que se muestra al paciente cómo el terapeuta entiende los problemas emocionales en una dimensión exclusivamente experiencial, reduce drásticamente los múltiples y complejos temas que inciden en la telaraña de motivaciones presentes y pasadas, conscientes pero sobre todo inconscientes del paciente.

Por ejemplo, para entender las perversiones sexuales, Mitchell afirma que los significados sucios o excéntricos que la sexualidad tiene para un paciente perverso pueden ser comprendidos desde una motivación desafiante y contraria al deseo de los otros seres humanos que lo rodean, donde el individuo no quiere sentir que la búsqueda de su placer sexual quede al servicio de los deseos y valores de otras personas. Es decir, que todas las motivaciones se entienden desde los vínculos interaccionales. Quizá haya una relación entre este punto de vista y el lacaniano sobre el goce concebido en términos de transgresión y desafío a la Ley y al *otro*, a las reglas de la cultura, aunque en Lacan el *otro* se relacione con lo imaginario y la falta de inclusión del orden simbólico, mientras en los relacionistas se vincule a un desafío concreto a las personas.

Al tratar de comprendernos a nosotros mismos resulta difícil creer que las reacciones y

fantasías de celos o rivalidad —que tan frecuentemente sentimos y tratamos de entender en nuestros sueños, nuestra realidad psíquica y nuestros vínculos interpersonales— solo puedan ser concebidas como resultado de déficits en nuestros patrones de organización experiencial de los períodos primitivos del psiquismo. Por supuesto, Mitchell nos diría que estamos aferrados a la tradición psicoanalítica —lo cual es totalmente cierto—, que malentende los problemas. Sin embargo, en este punto existe una cuestión heurística por analizar: si la neurosis es universal, tendríamos que aceptar que todos los individuos neuróticos provienen solamente de interacciones con personas neuróticas. Así, llegamos al dilema de quién fue el primer hombre neurótico y por qué.

Tampoco se entiende con claridad —como ya lo consideramos en el capítulo 4 con los autores intersubjetivos— por qué quieren seguir llamándose psicoanalistas, puesto que en los tratamientos que llevan a cabo no se toma en cuenta ninguna de las categorías del psicoanálisis no solo freudiano, sino tampoco de los esquemas referenciales previos a Kohut, los intersubjetivistas y los relacionistas. Sí creemos que están influidos profundamente por elementos culturales y sociales. Podríamos pensar que debido a que pertenecen a una sociedad tan pragmática como la estadounidense, donde el tema de la eficiencia, la rapidez en los resultados, la relación costo-beneficio, son valores tan importantes, estos definen su manera de pensar los tratamientos emocionales. Asimismo, pueden participar otros elementos: la idea de intersubjetividad tan difundida en el ambiente psicológico y psicoanalítico, las dificultades del psicoanálisis para ser más aceptado por la cultura, el desarrollo de la psicoterapia que es menos costosa y compleja que el psicoanálisis, la inevitable tendencia humana a proponer ideas diferentes, a veces originales y perdurables y otras que solo son renovaciones transitorias con deseos de originalidad a ultranza (o sea, factores narcisistas, edípicos), también luchas de prestigio y rivalidad. Siempre existen motivaciones tanto adultas y racionales como neuróticas. No es nada fácil discriminar cuándo concebimos una idea porque la realidad o la imaginación nos la sugieren, de cuando lo hacemos por deseos de triunfo personal o transferencial o, más probable, cuando se trata de una mezcla de ambas situaciones y otras motivaciones agregadas.

Aun así, es necesario diferenciar entre contexto de descubrimiento y contexto de justificación. Una vez formada una teoría tenemos que estudiarla independientemente de los supuestos orígenes y conflictos personales de sus creadores. No hay que olvidar que la teoría de Newton fue un gran desarrollo para la física y no es conveniente mezclar esta valoración con los problemas de poder, nepotismo y negocios que el genial físico tuvo.

En general, se suele esperar que la psicoterapia responda con mayor rapidez para dar solución a los problemas psicológicos y emocionales de las personas perturbadas. Por supuesto, el precio que se paga por ello es que se busca más la supresión rápida de los síntomas que el crecimiento emocional del individuo. No se amplían los horizontes del

conocimiento de sí mismo, la posibilidad de desarrollar más capacidades de imaginación y creatividad.

En ese sentido, como ya lo afirmamos varias veces en el texto, nos parece que finalmente los tratamientos que realizan estos autores son más cercanos a la psicoterapia que al psicoanálisis.

Los relacionistas insisten en ciertos argumentos cuando tratan de definir por qué se producen algunas perturbaciones del desarrollo. Por ejemplo, ellos entienden que las pautas repetitivas en la organización de la personalidad son el resultado de que inevitablemente el bebé o el niño en crecimiento requiere para su supervivencia que los padres le ofrezcan la seguridad de que son aceptados emocionalmente. Si el niño intenta buscar otras alternativas de crecimiento porque tiene una diferencia temperamental respecto a los padres, inmediatamente siente el temor de que al ser más original o auténtico pueda perder la seguridad de sentirse aceptado por ellos, aceptación que resulta imprescindible para su subsistencia. Inevitablemente se produce una renuncia a otras posibilidades en su desarrollo. Cuando estas experiencias son repetitivas se pueden originar temores, inseguridades o un anquilosamiento de las pautas sentidas como no auténticas, que darán lugar a trastornos del carácter o de ciertos rasgos de su desarrollo personal. Otro argumento es que los bebés y niños necesitan sentir que sus padres tienen con ellos una sintonía de comprensión emocional, a través de la cual sus experiencias quedan validadas como propias, especialmente sus emociones. Si esta sintonía afectiva no se produce de manera suficiente y continua, el niño tendrá un frágil sentido de su propia identidad. Por ejemplo, puede crearse en su interior la disposición de supeditarse a las opiniones o deseos de los demás, lo cual producirá progresivamente una fragilidad en el núcleo de su *self*, sentimientos de confusión entre él y los demás, y otros síntomas.

En nuestra opinión, estos principios explicativos basados en criterios ambientalistas no pueden equipararse con la riqueza conceptual de todos los factores que quedan incluidos en la estructura compleja de los conflictos inconscientes. El psicoanálisis los descubrió y desarrolló a lo largo de todos los años de su existencia, con la aportación lúcida e inteligente de algunos talentos en la historia del psicoanálisis: Freud, Abraham, Ferenczi, Klein, Winnicott, Hartmann, Mahler, Lacan, Bion, Meltzer y tantos otros.

En una época de pluralismo teórico, clínico y técnico como la que mantiene el psicoanálisis actual, también se vuelve imposible la comparación o interjuego entre los distintos esquemas referenciales que los relacionistas llaman *tradicionales* y estos nuevos conceptos. Como bien lo expresan tanto los autores intersubjetivistas como los relacionistas, ambos tienen puntos de partida y de llegada totalmente diferentes a las otras versiones del psicoanálisis contemporáneo. Por ello, se mantienen aislados y enfrentados con los conceptos básicos del psicoanálisis en sus múltiples versiones. Es imposible cualquier intento de integración entre las ideas principales que desarrollan las

dos escuelas descritas en los capítulos 5 y 6 de este libro y la idea central de conflictos inconscientes que se despliegan en la situación terapéutica, según los conceptos básicos del análisis tradicional. Mitchell lo manifiesta con claridad en su texto *Hope and Dread in Psychoanalysis* (*Esperanza y temor en psicoanálisis*). Refiriéndose a los cambios en la clínica, este autor afirma:

En el ámbito de la teoría clínica, se ha producido un cambio intenso en el énfasis desde una clarificación y renuncia de las fantasías infantiles a una revitalización y elaboración del sentido que da el paciente a su significado personal. En el ámbito metateórico, se produjo una redefinición fundamental en nuestra comprensión de qué es la teorización psicoanalítica, desde una representación y reflexión de la estructura subyacente de la mente del paciente hacia una construcción, una interpretación de la experiencia del paciente (1993: 67).

Se produce un pasaje en la clínica, dice Mitchell, desde el objetivo de clarificar distorsiones a través de conocer los conflictos inconscientes, hacia el de afirmar y acrecentar la experiencia subjetiva del paciente (1993: 69).

Cambios en la técnica

La idea central de los relacionistas respecto al proceso analítico es que es, al mismo tiempo, personal e interpersonal. Definen la situación analítica como el encuentro entre dos perspectivas, dos realidades psíquicas, dos subjetividades. En consecuencia, el centro de la tarea es la participación e investigación de la dialéctica que se produce entre ambas subjetividades. También afirman que cada diada formada por un paciente y un analista es única. Por esta razón no creen que sea posible establecer reglas técnicas generales. Aunque aseguran que la tarea analítica sigue realizándose con gran responsabilidad, creen que pensar el tratamiento como un proceso interactivo hace que la técnica opere de modo diferente en esta corriente de pensamiento.

Los conceptos de la técnica clásica más criticados son los de *neutralidad* y *abstinencia* del analista, así como el ideal de que su identidad se mantenga lo más anónima posible. No está de más mencionar que, por supuesto, las metáforas de Freud del analista que interviene en forma aséptica como el cirujano, o la del análisis como un espejo que refleja la interioridad del paciente fueron dejadas de lado hace mucho tiempo por todas las corrientes actuales del pensamiento psicoanalítico.

Las ideas sobre el vínculo analítico, principalmente derivadas del estudio de las relaciones de objeto tempranas, resaltan la interacción entre analizando y analista, la interpretación entendida a través de detectar la oscilación entre transferencia y contratransferencia en el aquí y ahora de la sesión, así como las aportaciones sobre la contratransferencia realizadas a partir de los cincuenta, abandonaron la creencia en la objetividad pura del analista, dando mayor importancia a la comprensión de los aspectos

emocionales. Pero la asimetría de ambos miembros de la pareja analítica sigue marcando sus diferencias: el analista tiene la tarea de descubrir y expresar las fantasías inconscientes predominantes del paciente mediante las interpretaciones y el paciente tiene que comprender y elaborar el significado de sus fantasías para llegar a un *insight* que le permita resignificarlas. Tarea que se realiza en un clima de confianza, sinceridad, respeto, intimidad y en un vínculo emocional profundo y comprometido.

En la corriente relacionalista el acento está puesto en la interacción, pero también en la mutualidad, la espontaneidad de ambos participantes, la autenticidad que el analista tiene que mostrar a través de un compromiso activo de toda su personalidad y su participación emocional en la sesión. En su libro *Influence and Autonomy in Psychoanalysis* (*Influencia y autonomía en psicoanálisis*) dedicado a problemas de la técnica, Mitchell (1997) aclara que la corriente relacionalista ya no toma en cuenta los siguientes temas: mantener firme el encuadre, que el analista no hable de sí mismo, que no responda la mayor parte de las preguntas directas del paciente, no hacer explícito su marco teórico o el concepto mismo de técnica analítica. A favor de estos cambios técnicos se usan argumentos como la necesidad de espontaneidad y autenticidad con la que debe participar el analista para profundizar el campo intersubjetivo compartido; la idea de que la personalidad del analista, sus emociones, sus actuaciones —que ellos llaman *enactments* y muchas veces son no solo inevitables, sino también útiles en la interacción — o sus conceptos teóricos, siempre están presentes en la situación analítica y muchas veces son percibidos con mayor o menor claridad por el paciente; la creencia de que lo que el analista hace o dice quizá no es lo más importante. Lo esencial es que pueda *procesar junto con el paciente* lo que está sucediendo entre ambos.

También se manifiesta cierta preocupación por las cuestiones pendientes que puede plantearse el clínico: qué encuadre tiene que mantener, si es que debe haber alguno; si las experiencias contratransferenciales deben ser compartidas con el paciente; cómo puede participar el terapeuta hablando de sí mismo, con qué tipo de límites; si es necesario responder a todas las preguntas que le pueda hacer el paciente. La respuesta de Mitchell a estos temas es: «depende»; en nuestra opinión esta ambigüedad resulta un poco preocupante. Este autor trata de tranquilizar al lector manifestando que la disciplina y responsabilidad siguen siendo las mismas por parte del analista, solo que operan en forma distinta: «la disciplina no está en los procedimientos, sino en la sensibilidad a través de la cual participa el analista» (1997: 11). En síntesis, la tarea pensante del analista está sostenida por su responsabilidad en cuidar el proceso analítico, donde el bienestar del paciente es siempre lo primero, aunque por momentos sea difícil saber justamente cómo hacerlo. Creemos que son afirmaciones algo peligrosas. Lo son también ciertas indicaciones de autores como Winnicott, referentes a que un campo tan significativo en sus implicancias clínicas y técnicas quede librado a la sensibilidad del terapeuta. Después

de todo, ha existido un solo Winnicott en psicoanálisis y nadie logró aplicar su modelo teórico y técnico con la ductilidad con que lo hizo él mismo.

Estos terapeutas usan mucho la idea de *autorreflexión* para explicar en qué consiste la tarea del analista. Es difícil entender de esta manera, a nuestro juicio, los procesos inconscientes tanto del paciente como los suyos. Pero recordemos que la idea de inconsciente, por lo menos en la manera en que se entiende habitualmente entre psicoanalistas, ya no es significativa para los relacionistas. Pensamos también que la noción de *realidad psíquica*, aunque ellos la enuncian teóricamente, en la práctica es desplazada por la idea de *experiencia*, mucho más cercana a sucesos conscientes y preconscientes.

Mitchell describe la relación analítica como esencialmente interactiva. Es un proceso diádico, que busca «la transformación de dos personas en su compromiso con el otro» (1997: 26). Agrega que el cuidado más constructivo de la autonomía del paciente no consiste en negar el impacto que tiene la persona del analista, sino en reconocerlo, tanto en la descripción teórica como en el trabajo clínico. Confía mucho en el poder de transformación que tiene para el analizando, resolver conflictos de la infancia, propiciar desarrollos creativos y tolerar sentimientos dolorosos, a través de una experiencia de gran poder de transformación como es el proceso psicoanalítico, el cual también posee la capacidad de transformar significativamente al analista. En todas las corrientes contemporáneas del psicoanálisis, los trabajos recientes sobre la contratransferencia permiten entender el compromiso emocional profundo y el poder de transformación que puede ofrecer la práctica del psicoanálisis para todos los psicoanalistas.

El centro de esta posibilidad de transformación proviene, piensan los relacionistas, de la enorme lucha que tiene que emprender el analista para dar lugar a una nueva experiencia en la que participen ambos miembros de la relación, dentro de las propias experiencias tanto del analista como del paciente. Resaltan que hay una enorme diferencia entre una falsa empatía, mostrada de manera fácil y aparente, y una empatía auténtica que lucha por entender errores y diferencias de comprensión, a través de un trabajo de compromiso personal profundo de parte de ambos miembros de la pareja analítica. El analista, según Mitchell, debe poder cuestionarse en todo momento su participación en el proceso, abierto a las críticas del paciente y a las suyas propias, en un estado de continua autorreflexión (1997: 52-53). Lo que se busca es que algo nuevo y original reemplace viejas repeticiones.

Los relacionistas expresan un gran optimismo respecto de los resultados y trascendencia del psicoanálisis. Pero cabe preguntarse: ¿Respecto de cuál psicoanálisis se sienten tan optimistas? ¿Sobre el relacionista? Porque eso podría ser tomado como una declaración de principios a favor de las convicciones de su propio grupo teórico. ¿Sobre todos los esquemas referenciales del psicoanálisis contemporáneo? En ese caso, creemos

que sería necesario que establecieran menos confrontación entre esquemas teóricos, menos términos de oposición y, por el contrario, trataran de construir mayores puentes de intercambio con las otras líneas que existen en el psicoanálisis actual.

Vinculado con este punto, llama la atención que los relacionistas toman muy en cuenta la comprensión de la contratransferencia, principalmente a través de las ideas de Racker. Sus estudios sobre este tema crearon una línea fructífera que influyó mucho en el psicoanálisis. A partir de su obra se produjeron pensamientos psicoanalíticos originales, Bleger, Liberman, Grinberg, Horacio Etchegoyen,³ Benito López y muchos otros. El libro de Racker, *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, fue una obra de consulta obligada y permitió entender la importancia central de que el analista pueda detectar las diferentes reacciones emocionales que tiene en el proceso analítico en respuesta a los estados afectivos del paciente (1960).

Mitchell (1997) y Hoffman (1983) toman como punto inicial algunas ideas de Racker y Paula Heimann sobre la contratransferencia y exploran, desde su propia perspectiva, las reacciones personales que el terapeuta tiene hacia el paciente en la situación analítica, el interés de este en descubrir en qué medida esa reacción del analista está determinada por él (pues supone que siempre está provocada por sus actitudes y estados de ánimo), cuánto adivina el terapeuta aquellos significados de los que el paciente se da cuenta, y así sucesivamente. O sea, que amplían el concepto de contratransferencia hacia una interacción emocional cada vez más profunda entre ambos miembros de la pareja analítica. Piensan que se trata de situaciones que siguen reverberando en el vínculo analítico indefinidamente.

Si bien los relacionistas respetan y toman muy en cuenta la noción de contratransferencia kleiniana y poskleiniana, a la vez la critican desde sus propios principios teóricos. Afirman que esta manera de entender la contratransferencia lleva nuevamente a una concepción de la *mente aislada* del paciente. Esta dificultad se produce, según ellos, porque no toman en cuenta cómo influye la personalidad y modelos teóricos del analista en la interacción de la situación terapéutica.

Reconocen que el delicado tema del compromiso contratransferencial del analista plantea dos aspectos importantes en la técnica:

- a. El peligro de una actuación del analista en la transferencia-contratransferencia. Lo llaman *enactment*. Esto puede ocurrir si el analista no tiene claridad suficiente sobre el intercambio emocional que se está produciendo entre ambos o, en otras palabras más poskleinianas, si el efecto de la identificación proyectiva del paciente es tan intenso y perturbador en la mente del terapeuta que no le permite, en ese momento, usarlo como instrumento de comprensión y luego verbalizarlo en una interpretación que resulte adecuada para el paciente. Se refieren, con otras palabras, a situaciones que pueden producirse en el tratamiento de pacientes graves y que Grinberg, desde

un modelo kleiniano y poskleiniano denominó *contraidentificación proyectiva*. Es decir, la tendencia del analista a realizar una contraactuación, como resultado de un «efecto real» que se produce en su mente. Así, Grinberg afirma que el analista se ve forzado a desempeñar un papel que le sobreviene en respuesta a una identificación proyectiva violenta que el paciente le provoca en la sesión y que el terapeuta no puede dominar. Asimismo, aclara que «la reacción del analista resulta en gran parte independiente de sus propios conflictos y corresponde en forma predominante o exclusiva a la intensidad y calidad de la identificación proyectiva del analizado» (citado por Etchegoyen, 1986: 314-315). Este autor piensa que es algo que va más allá de la contratransferencia y que implica un cambio no solo cuantitativo, sino cualitativo de la identificación proyectiva. De ahí que la denomine *contraidentificación proyectiva*. Menciona que él tuvo la oportunidad de supervisar pacientes que configuraron la misma situación con diferentes analistas. Creemos que esta idea de Grinberg es muy cercana conceptualmente a la descripción que hacen los relacionistas con el concepto de *enactment*. Es interesante subrayar que en las teorizaciones, tanto de Racker como de Grinberg, se están describiendo situaciones que pueden producirse en el campo analítico que son totalmente intersubjetivas y no obstante, son entendidas desde la teoría poskleiniana a través del mecanismo de la identificación proyectiva (Etchegoyen, 1986). Nos parece un error conceptual que los autores relacionistas rechacen estos términos tan semejantes a los que ellos describen, por considerarlos provenientes de teorías de la *mente aislada*. Después de todo, están hablando de la misma situación clínica casi cuarenta años después y la consideran novedosa desde su propia perspectiva teórica. Quizá en el futuro ellos mismos puedan encontrar más puentes de convergencia entre modelos que ahora creen inconciliables: la *mente aislada* y el *modelo bipersonal de la mente*.

Sobre el mismo tema, es interesante resaltar que Etchegoyen no está de acuerdo con la idea de Grinberg de que en estos casos el único factor que opera proviene del paciente y que el terapeuta tiene poco que ver con su reacción (1986). Menciona que si bien el concepto de *contraidentificación proyectiva* puede ser muy útil para describir la cualidad patológica de la identificación proyectiva del paciente, no está de acuerdo con que en estos casos solo opera el estado mental del paciente, sino también el del analista. Etchegoyen piensa que la opinión de Grinberg es discutible y difícil de demostrar. Al revés de los teóricos relacionistas, cree que la contraactuación del analista no es necesariamente justificable. Si su capacidad de comprensión no puede sobrevivir al impacto intenso del material del paciente, se puede pensar que también en él existe alguna situación interna que no le permite completar el proceso de creación de la interpretación más adecuada, por difícil que resulte conseguirlo.

Lo interesante de esta discusión es que Etchegoyen tiene una exigencia mayor que la de Grinberg sobre la tarea del analista, y por supuesto, mucho más intensa que la de los relacionistas. Estos sacan como conclusión que a veces el *enactment* no solo es inevitable, sino también útil para fortalecer la autenticidad del vínculo intersubjetivo entre ambos. Para fundamentar sus argumentos hablan del perspectivismo/constructivismo de los autores de este grupo, que tratan de entender el significado que tiene el terapeuta para el paciente, no como algo dado por sí mismo y conocido por el analista, sino como una situación que se construye, desarrolla y negocia entre ambos miembros de la situación analítica. Por lo tanto, llegamos a la conclusión de que los relacionistas optan en este tema por una técnica más laxa, en cuanto a sus exigencias para con el analista.

Hoffman, aclara que, aunque él no está de acuerdo con que el terapeuta haga confesiones contratransferenciales, hay algunos momentos en la situación analítica en que se vuelve necesario que el analista sea emocionalmente expresivo en sus respuestas (1983). Piensa que en ciertas circunstancias ambos miembros de la situación analítica saben intuitivamente que existen temas que no se han hablado o significados que aún no han sido explorados y que son postergados para más adelante en una especie de acuerdo tácito. En su opinión, si el terapeuta trata de expresar abiertamente esta dificultad en el vínculo interpersonal, puede beneficiar más que dañar. Los temas que quedan postergados pueden prolongarse algunas veces, hasta que sea posible interpretar dicha situación retrospectivamente con la intención de que ayude al paciente a entender la problemática que se ocultó hasta ese momento. Hoffman piensa que en ciertas etapas donde resulta difícil que el paciente entienda una interpretación, algunas intervenciones espontáneas del analista pueden ayudar al analizando más que guardar silencio. El ejemplo mediante el que explica este problema es que en algunas oportunidades el analista tiene dificultad para decir una interpretación por sentir que el paciente la rechazará. En todo caso, lo entendemos como un problema contratransferencial o de *timing* que el terapeuta tendrá que resolver por su cuenta.

En nuestra opinión, no queda claro por qué Hoffman necesita justificar que el analista tenga la libertad de hacer algún comentario espontáneo o amable que ayude a crear un clima más amistoso para luego formular las interpretaciones adecuadas. Suponemos que esta situación se da especialmente cuando predomina un clima paranoide en la sesión.

Solo resulta comprensible este argumento, si pensamos que en la formación de dichos analistas predominó un clima restrictivo que eliminaba toda posibilidad de libertad o espontaneidad en la sesión, con un juicio técnico severo de que lo único permitido para el terapeuta es ofrecer interpretaciones.

- b. El segundo tema importante en relación con el compromiso contratransferencial del analista que describen los relacionistas es el tema de la *autorrevelación* (*self-disclosure*) de emociones, fantasías o reacciones que puede experimentar en su contratransferencia. Reiteramos que esta cuestión surge en relación con los objetivos y modelos del proceso analítico que ellos describen, o sea el encuentro entre dos subjetividades, la del paciente y la del analista. Recordemos que algunos aspectos esenciales del encuadre del psicoanálisis clásico no son relevantes desde la perspectiva relacionista. Las ideas de *neutralidad*, *abstinencia* y *anonimato* del terapeuta son dejadas de lado porque las consideran imposibles de lograr. En oposición a esta idea mencionemos el famoso trabajo de Strachey (1948) *La naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis*, donde afirma que cuanto más se da cuenta el paciente de la realidad del psicoanalista, mayor es el estancamiento que se produce en la transferencia y menos se despliegan sus fantasías. Si le decimos explícitamente al paciente, por ejemplo, «eso que me está diciendo me emociona» o «usted me cuenta cosas que me hacen pensar tales ideas», ¿cómo nos diferenciamos luego de los objetos internos o imaginarios que el paciente pone en nosotros a través de la situación transferencial?

Algunas veces nos enteramos de terapeutas que tienen conductas tales como visitar una paciente que ha tenido un bebé o ir a la casa de un analizando en duelo por la muerte de un familiar cercano, por ejemplo. Aunque pueden ser consideradas conductas bondadosas, en realidad para el proceso analítico que estamos realizando son transgresiones técnicas, o bien actuaciones de la contratransferencia del analista. Por supuesto, es necesario explicarle al paciente que la técnica que empleamos tiene su propia lógica y coherencia. No hacer esas visitas no quiere decir que rechazamos al paciente, sino que estamos cuidando que el proceso analítico se desarrolle con las mínimas perturbaciones posibles. Recordemos nuevamente que Strachey insistió en que toda participación real del analista en la vida del paciente, luego hace más difícil para este diferenciar quién es el analista y quiénes las figuras parentales que se proyectan en él. Para decirlo de otro modo, si visitamos a una paciente que tuvo su bebé ¿cómo haremos para que no nos sienta como su madre, padre o tío dado que concretamente ejercemos las funciones de ellos?

En la teoría relacionista estos temas se explican de manera muy diferente. Se incluyen conceptos como el de *mutualidad*, en que la interacción entre la personalidad del paciente y la del terapeuta implica inexorablemente que ambas subjetividades interactúan en el vínculo analítico. Desde esta perspectiva, la tarea del analista no consistirá en develar significados de conflictos inconscientes del paciente, sino ayudarlo co-construyendo entre ambos significados nuevos que permitan cambiar los patrones repetitivos y estereotipados, tanto de sus experiencias

pasadas, como de las que se están actualizando en la relación con el terapeuta. Sí coinciden en que la relación analítica es asimétrica, ya que el analista asume la responsabilidad de dirigir el proceso de comprensión y creación de nuevos significados.

Al no tener los relacionistas como tarea central comprender los conflictos inconscientes, se establecen modelos técnicos diferentes. El tema principal en esta corriente siempre será la exploración y comprensión dialéctica que resulta de explorar el vínculo intersubjetivo. El objetivo del proceso terapéutico es lograr que se produzcan en el paciente los cambios necesarios para que se amplíen sus perspectivas vital y emocional. También de allí provendrán la mejoría y el alivio de las debilidades, síntomas o fracasos que el paciente acude a resolver al tratamiento.

Un elemento significativo de esta perspectiva es la idea de que en la situación analítica se produce un juego dialéctico entre las dos subjetividades. El paciente tendrá muchas percepciones y fantasías sobre las emociones, valores, reacciones, conflictos, que puede percibir o imaginar que ocurren en el terapeuta durante las sesiones. En consecuencia, piensan que hacer explícitas estas ocurrencias del paciente será uno de los instrumentos adecuados para profundizar la relación intersubjetiva entre ambos. Consideran que la mejor manera de entrar en este aspecto de la relación es preguntar directamente al paciente qué supone él que le está ocurriendo al terapeuta frente a lo que se desarrolla en ese momento de la sesión. No siempre será fácil para el paciente hablar abiertamente de sus ideas al respecto.

Pero estos autores creen que, puesto que existen ese tipo de percepciones, inquietudes o fantasías en el paciente porque el vínculo intersubjetivo así lo determina de manera inexorable, lo mejor para la dinámica íntima y espontánea que tiene que prevalecer entre ambos es hacerlo explícito. Debe predominar, por supuesto, una intención abierta y receptiva de parte del terapeuta para recibir las ocurrencias del paciente como válidas desde su subjetividad. A la vez, esta situación, que creará mayor intimidad y sinceridad entre ambos, amplía la comprensión de significados de las experiencias del paciente. En este contexto resulta válido, en opinión de los relacionistas, la *autorrevelación (self-disclosure)* que puede hacer el terapeuta, es decir, expresar todo lo que puede decir de sí mismo y de lo que le está sucediendo en la sesión, ya sea directamente o bien contestando preguntas que el paciente pueda hacerle. Como el lector podrá darse cuenta, esto es algo muy diferente a entender las emociones y fantasías que el analista puede tener en la sesión como una combinación entre las identificaciones proyectivas del analizando (o sea la colocación de emociones que hace en nosotros) y nuestra propia subjetividad. Es una captación compleja de nuestro propio estado afectivo que está destinada a construir la mejor interpretación posible para promover que el paciente se conozca con mayor profundidad.

Por otra parte, ¿cómo puede estar seguro el analista de que lo compartido en la intersubjetividad y la mutualidad de la sesión queda al margen de las proyecciones que el paciente hace en él, y también de las que el terapeuta puede hacer en el paciente por limitaciones en su técnica o en su capacidad de comprensión? Es algo similar a la escansión lacaniana, que el terapeuta interrumpa las sesiones sin un horario establecido. ¿Cómo saber que el paciente no la entenderá como una expresión de que el analista está cansado o no le gusta lo que él está diciendo porque lo escucha solamente y no le explica nada? Pensar que existe una realidad en la sesión de un vínculo sin distorsiones es poco creíble. La interpretación estará destinada a esclarecer dichas distorsiones. «De esta forma el analista y el paciente coparticipan en desentrañar la naturaleza de la relación que los dos han establecido mutuamente» (Aron, 1991).

Aron piensa que si la subjetividad del analista es importante en la situación analítica, es necesario que la experiencia que el paciente tiene sobre ese tema se haga consciente para él. Bollas (en Aron, 1991) alienta a los analistas a describir a los pacientes, por ejemplo, cómo llegaron a construir una interpretación determinada. O bien, a compartir sus propias asociaciones sobre el sueño de un paciente. A la vez, se tiene que tener cuidado de no ser intrusivo con el material que este proporciona.

En síntesis, parece que la *autorrevelación* o *self-disclosure* del analista parte de la base de que el paciente percibe la subjetividad del analista en la experiencia de la sesión, en forma independiente de los fenómenos transferenciales. Si el terapeuta se muestra interesado en explicar su propia subjetividad, suponemos que el paciente querrá saber más no solo de lo que está pasando entre ellos, sino específicamente, sobre lo que le sucede al terapeuta en la relación con él.

No estamos de acuerdo con que la confesión contratransferencial o la autorrevelación sean elementos indispensables de la técnica psicoanalítica. Siempre acecha el peligro de la sugestión en psicoanálisis y si uno hace relatos personales al paciente, pensamos que este riesgo se incrementa exponencialmente.

Tampoco creemos que se pueda renunciar a ciertos principios del psicoanálisis clásico, como el mantenimiento del encuadre, por ejemplo, ni a la formulación de una técnica psicoanalítica necesaria para comprender e interpretar los conflictos inconscientes de los pacientes y entender los nuestros en la contratransferencia.

Nos parece demasiado elevado el precio de este cambio conceptual, que además en buena parte, ya se ha producido dentro de las líneas del psicoanálisis tradicional, manteniendo su riqueza y aumentando, en gran medida, sus alcances teóricos, técnicos y clínicos.

Algunos autores de la escuela relacionalista (Mitchell, Greenberg, Aron, Hoffman, Benjamin, y muchos otros) son, en general, conocedores profundos de las ideas del psicoanálisis clásico y sus diferentes esquemas referenciales. Sus argumentos están

fundamentados con mucha inteligencia y habilidad polémica.

Nuestra inquietud principal es: ¿por qué no aceptan abiertamente que sus propuestas los llevan a aplicar una psicoterapia dinámica en sus tratamientos? Sus conclusiones son sagaces e inteligentes, pero creemos que no son psicoanalíticas.

Hay una asimetría entre los modelos teóricos que construyen los relacionistas y luego, la clínica o técnica que utilizan. Partiendo de principios que son bastante lógicos, como es que la mente humana se forma en la intersubjetividad, luego cambian la técnica hasta llevar al analista a confesar explícitamente sus ideas, sentimientos y experiencias, cuando en realidad podrían emplear la técnica adecuada —según nuestro propio criterio—, en lugar de las variaciones que ellos realizan para explicar cómo es la mente actual del paciente, tanto en su funcionamiento interno como en sus relaciones intersubjetivas.

Freud tiene estudios magníficos sobre lo interno, las fantasías, impulsos sexuales y pulsiones, junto a modelos bien interpersonales, como el tema de la identificación (1921). Si se lee con atención *Psicología de las masas y análisis del yo* no puede omitirse el papel que juega el *otro* en la mente. Lo mismo cuando explica que el carácter es un precipitado de identificaciones.

Todo el psicoanálisis contemporáneo trata de estudiar interacciones intersubjetivas tempranas o tardías para comprender lo humano. Es una idea que se desarrolla en los diferentes capítulos de este libro. Para mantener este enfoque no es necesario pensar que tenemos que abandonar la técnica de interpretar lo inconsciente en aras de construir una relación intersubjetiva como factor curativo.

Sostener que existe un enfrentamiento entre mente individual y mente bipersonal es tendencioso. Ambas ideas participan en todos los modelos psicoanalíticos y no nos parece imprescindible ubicarlas como opuestas.

NOTAS

¹ Ejemplo dado en su discusión de 2011, durante la ponencia titulada *Las fantasías inconscientes en la estructura de la personalidad: su manifestación en el tratamiento analítico*.

² En este capítulo, las citas de textos no publicados en español han sido traducidas por los autores.

³ Maestro entrañable y amigo que fue discípulo y a la vez continuador de las ideas de Racker.

Bibliografía

- Aron, L. (1991), «The patients experience of the analyst's subjectivity», *Psychoanalytic Dialogues*, vol. 1, pp. 29-51.
- Atwood, G. E. y Robert D. Stolorow (1984), *Structures of Subjectivity. Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*, Nueva Jersey, The Analytic Press.
- Aulagnier, P. (2001), *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*, Buenos Aires, Amorrortu.
- (1994), *Los destinos del placer, alienación-amor-pasión*, Buenos Aires, Paidós.
- (1994), *Un intérprete en busca de sentido*, México, Siglo XXI.
- Beebe, B., J. Rustin, D. Sorter y S. Knoubloch (2003), «An expanded view of intersubjectivity in infancy and its application to psychoanalysis», *Psychoanalytic Dialogues*, vol. 13, núm. 6, pp. 805-841.
- Bion, W. R. (1965), *Transformations*, Londres, Karnac Books.
- (1957), «Differentiation of the psychotic from the non psychotic personalities», *International Journal of Psychoanalysis*, Londres, Institute of Psychoanalysis, vol. 38, pp. 266-275.
- Brothers, L. (2002), «The trouble with neurobiological explanations of mind», *Psychoanalytic Inquiry*, Filadelfia, Taylor & Francis, vol. 22, núm. 5, pp. 857-870.
- (2001), *Friday's Footprint: How Society Shapes de Human Mind*, Londres, Oxford University Press.
- Del Valle, Y. (2010), *Silencio y palabra. Punto de inflexión en un proceso psicoanalítico y su relación con la clínica del duelo*, tesis doctoral, México, Centro Eleia.
- (2006, 2007, 2008, 2011), Clases de Doctorado y Talleres, *Actas*, México, Centro Eleia.
- Dweck, S. (2006, 2008, 2009, 2011), *Diplomado: Comprensión psicoanalítica del juego infantil, dossier*, México, Centro Eleia.
- Eissler, K. R. (1958), «Remarks on some variations in psychoanalytical technique»,

- International Journal of Psychoanalysis*, Londres, Institute of Psychoanalysis, vol. 39, pp. 222-229.
- Espíndola, G. (2013), *Escenarios psíquicos de la mujer durante el embarazo*, tesis doctoral, México, Centro Eleia.
- Espíndola, G. et al. (2011), *Lo psíquico: fantasía, fantasma y realidad*, México, Centro Eleia.
- Etchegoyen, R. H. (1986), *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Etchegoyen, R. H., N. M. Bleichmar y C. Leïberman (1979), «El sueño como superficie de contacto», Segundo Simposio, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, *Actas*, pp. 40-48.
- Etchegoyen, R. H. et al. (1984), «El concepto de realidad en Melanie Klein», *Psicoanálisis*, Buenos Aires, vol. 6, núm. 199-215, pp. 463-485.
- Fairbairn, W. R. D. (1962), *Estudio psicoanalítico de la personalidad*, Buenos Aires, Hormé.
- Freud, S. (1921), «Psicología de las masas y análisis del yo», *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu, vol. 18, pp. 63-136.
- (1914), «Introducción del narcisismo», *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu, vol. 14, pp. 65-98.
- (1905), «Tres ensayos de teoría sexual», *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu, vol. 7, pp. 109-222.
- (1905), «Fragmento de análisis de un caso de histeria», *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu, vol. 7, pp. 1-107.
- Gardiner, H. «Talk doesn't pay, so psychiatry turns instead to drug therapy», *The New York Times*, Nueva York, 5 de marzo de 2011.
- Gill, M. (1995), «Classical and relational psychoanalysis», *Psychoanalytic Psychology*, 12, pp. 89-107.
- Glocer Fiorini, L. (2008), *Deconstructing the Feminine, Psychoanalysis, Gender and Theories of Complexity*, Londres, Karnac.
- (2001), *Lo femenino y el pensamiento complejo*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Goetschy, C. et al. (2008), *Clínica psicoanalítica: inconsciente y transferencia*, México, Centro Eleia.
- Green, A. (2010), *El pensamiento clínico*, Buenos Aires, Amorrortu.
- (2010), *Illusions and Disillusions of Psychoanalytic Work*, Londres, Karnac.
- (2006), *Resonance of Suffering. Countertransference in Non-Neurotic Structures*, Londres, International Psychoanalytical Association.
- (2005), *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo: desconocimiento y reconocimiento del inconsciente*, Buenos Aires, Amorrortu.

- (1998), *El discurso vivo. Una concepción psicoanalítica del afecto*, Valencia, Promolibro.
- (1998), *Las cadenas de Eros. Actualidad de lo sexual*, Buenos Aires, Amorrortu.
- (1996), *La metapsicología revisitada*, Buenos Aires, Eudeba.
- (1995), *El trabajo de lo negativo*, Buenos Aires, Amorrortu.
- (1990), *De locuras privadas*, Buenos Aires, Amorrortu.
- (1986), *Narcicismo de vida, narcisismo de muerte*, Buenos Aires, Amorrortu.
- (1984), «Le langage dans la psychanalyse», *Langages. Iles Rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence, 1983*, París, Les Belles Lettres, pp. 19-250.
- Greenson, R. (1976), *Técnica y práctica del psicoanálisis*, México, Siglo XXI.
- Grinberg, L. (1956), «Sobre algunos problemas de técnica psicoanalítica determinados por la identificación y la contraidentificación proyectivas», *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, APA, vol. 13, pp. 507-511.
- Grubich-Simitis, I. (1986), «Six letters of Sigmund Freud and Sandor Ferenczi on the interrelationship of psychoanalytic theory and technique», *International Review of Psychoanalysis*, Londres, Baillière Tindall, vol. 13, pp. 259-277.
- Grunbaum, A. (1984), *The Foundations of Psychoanalysis: A Philosophical Critique*, Berkeley, University of California Press.
- Hoffman, I. Z. (1983), «The patient as interpreter of the analyst's experience», *Contemporary Psychoanalysis*, Nueva York, William Alanson White Institute of Psychiatry, Psychoanalysis & Psychology, vol. 19, pp. 389-422.
- Hornstein, L. et al. (1991), *Cuerpo, historia, interpretación. Piera Aulagnier: de lo originario al proyecto identificador*, Buenos Aires, Paidós.
- Joseph, B. (1985), «Transference: The total situation», *International Journal of Psychoanalysis*, Londres, Institute of Psychoanalysis, vol. 66, pp. 447-454.
- Kernberg, O. (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Nueva York, Aronson.
- Klein, M. (1946), «Notes on some schizoid mechanism», *Envy and Gratitude and Other Works*, Londres, Hogarth Press, cap. I, pp. 1-24.
- Kohon, G. (1999), *The Dead Mother. The Work of André Green*, Londres, Routledge.
- Kohut, H. (1984), *How Does Analysis Cure?*, Chicago, University of Chicago Press.
- (1977), *The Restoration of the Self*, Nueva York, International Universities Press.
- (1971), *The Analysis of the Self. A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*, Nueva York, International Universities Press.
- (1959), «Introspection, empathy and psychoanalysis. An examination of the

- relationship between mode of observation and theory, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, pp. 459-483.
- Laplanche, J. y Pontalis (1987), *Diccionario de psicoanálisis*, Barcelona, Labor.
- Leiberman, C. y N. M. Bleichmar (2001), *Las perspectivas del psicoanálisis*, México, Paidós.
- (1989), *El psicoanálisis después de Freud*, México, Paidós, 1997.
- Leiberman, C. et al. (1993), *Actualizaciones en psicoanálisis*, México, Centro Eleia.
- Lévi-Strauss, C. (1969), *Antropología estructural*, Buenos Aires, Eudeba.
- Liberman, D. et al. (1982), *Del cuerpo al símbolo. Sobreadaptación y enfermedad psicosomática*, Buenos Aires, Trieb.
- Mahler, M. (1968), «On human symbiosis and the vicissitudes on individuation», en Klein, *Selected Papers of Margaret Mahler*, Nueva Jersey, Jason Aronson, vol. 2, cap. 6, pp. 77-97.
- Mahler, M., Pine y Bergman (1977), *El nacimiento psicológico del infante humano*, Buenos Aires, Marymar.
- McDougall, J. (1998), *Las mil y una caras de Eros: la sexualidad humana en busca de soluciones*, Buenos Aires, Paidós.
- (1993), *Alegato por una cierta anormalidad*, Buenos Aires, Paidós.
- (1991), *Teatros del cuerpo*, Madrid, Julian Yébenes.
- (1990), *Diálogo con Sammy. Contribución al estudio de la psicosis infantil*, Buenos Aires, Paidós.
- (1987), *Teatros de la mente. Ilusión y verdad en el escenario psico-analítico*, Madrid, Tecnipublicaciones.
- Meltzer, D. (1990), *Metapsicología ampliada*, Buenos Aires, Spatia.
- (1987), *Vida onírica. Una revisión de la teoría y de la técnica psico-analítica*, Madrid, Tecnipublicaciones.
- (1981), «The Kleinian expansion of Freud's metapsychology», *International Journal of Psychoanalysis*, Londres, Institute of Psychoanalysis, vol. 62, pp. 177-185.
- (1966), "The relation of anal masturbation to projective identification", *International Journal of Psychoanalysis*, 47, pp. 335-342.[v]
- Mitchell, S. A. (2000), *Relationality: From Attachment to Intersubjectivity*, Nueva Jersey, The Analytic Press.
- (1997), *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*, Nueva Jersey, The Analytic Press.
- (1993), *Hope and Dread in Psychoanalysis*, Nueva York, Basic Books.
- Morin, E. (1999), *La cabeza bien puesta. Repensar la reforma. Reformar el pensamiento*, Buenos Aires, Nueva Visión.

- (1990), *Introducción al pensamiento complejo*, Barcelona, Gedisa.
- Orange, D. M., G. E. Atwood y R. D. Stolorow (1997), *Working Intersubjectively: Contextualism in Psychoanalytic Practice*, Nueva Jersey, Analytic Press.
- Ortiz, E. (2011), *La mente en desarrollo. Reflexiones sobre clínica psicoanalítica*, México, Paidós.
- Ortiz, E. et al. (2006), *Diálogos clínicos en psicoanálisis*, México, Centro Eleia.
- Pico, L. (2006), *Identificaciones inconscientes*, tesis doctoral, México, Centro Eleia.
- Puig, M. (2012), Ponencia presentada en la jornada sobre el libro de Elena Ortiz, *La mente en desarrollo*, México, Centro Eleia, Actas.
- (2009), *Sobre la adolescencia: perspectivas clásicas y actuales*, tesis doctoral, México, Centro Eleia.
- Racker, H. (1960), *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós.
- Rorty, R. (2000), «Pragmatism», *International Journal of Psychoanalysis*, Londres, Institute of Psychoanalysis, vol. 81, núm. 4, pp. 819-823.
- (1989), *Contingency, Irony, and Solidarity*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Rosenfeld, H. A. (1965), *Psychotic States*, Nueva York, International Universities Press.
- Searles, H. T. (1965), *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*, Londres, The Hogarth Press.
- Stern, D. y Sander (1980), «New knowledge about the infant from current research: Implications for psychoanalysis», *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Nueva York, American Psychoanalytic Association, vol. 28, pp. 181-198.
- Stern, D. N. (1992), «The “pre-narrative envelope”: An alternative view of “unconscious phantasy” in infancy», *Bulletin of the Anna Freud Centre*, Londres, vol. 15, núm. 4, pp. 291-318.
- (1988), «The dialectic between the interpersonal and the intrapsychic: With particular emphasis on the role of memory and representation», *Psychoanalytic Inquiry*, Filadelfia, Taylor & Francis, vol. 8, núm. 4, pp. 505-512.
- (1988), «Affect in the context of the infant’s lived experience: Some considerations», *International Journal of Psychoanalysis*, Londres, Institute of Psychoanalysis, vol. 69, pp. 233-238.
- Stolorow, R. D. (2007), *Trauma and Human Existence. Autobiographical, Psychoanalytic, and Philosophical Reflections*, Nueva York, Analytic Press.
- (1979, 1993), *Faces in a Cloud: Subjectivity in Personality Theory*, Northvale, NJ, Jason Aronson.
- Stolorow, R. D. y G. E. Atwood (2004), *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*, Barcelona, Herder.
- (1996), «The intersubjective perspective», *Psychoanalytic Review*, Nueva York,

- Guilford Press, vol. 83, pp. 181-194.
- Stolorow, R. D., Atwood y Orange (2002), *Worlds of Experience: Interweaving Philosophical and Clinical Dimensions in Psychoanalysis*, Nueva York, Basic Books.
- Stolorow, R. D., Brandchaft y Atwood (1987), *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*, Nueva Jersey, Analytic Press.
- Strachey, J. (1953), *Bibliographies. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol. IV (1900): The Interpretation of Dreams*, primera parte, pp. 687-713.
- (1948), «La naturaleza de la acción terapéutica», *Revista de Psicoanálisis*, vol. 5, núm. 4, pp. 951-983.
- Taylor, G. J. (1987), *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*, Connecticut, International Universities Press.
- Waelder, Robert (1937), «The problem of the genesis of psychical conflict in earliest infancy», *International Journal of Psychoanalysis*, Londres, Institute of Psychoanalysis, vol. 18, pp. 126-138.
- (1936), «The principle of multiple functions. Observations on over-determination», *Psychoanalytic Quarterly*, Malden, John Wiley & Sons, vol. 5, pp. 45-62.
- Wallerstein, R. S. (1992), *The Common Ground of Psychoanalysis*, Londres, Jason Aronson.
- (1990), «Psychoanalysis: The common ground», *International Journal of Psychoanalysis*, Londres, Institute of Psychoanalysis, vol. 71, pp. 3-20.
- Wiener, A.M. (2013), *¿Qué nos dicen los sueños?*, conferencia, México, Centro Eleia.
- (2004), *Trabajando con sueños en el psicoanálisis contemporáneo*, tesis doctoral, México, Centro Eleia.
- Winnicott, D. W. (1985), *Realidad y juego*, Buenos Aires, Gedisa.
- (1975), *El proceso de maduración en el niño*, Barcelona, Laia.
- (1958), *Through Pediatrics to Psychoanalysis*, Londres, Hogarth Press, 1997.
- (1956), «On transference», *International Journal of Psychoanalysis*, Londres, Institute of Psychoanalysis, vol. 37, pp. 386-398.
- (1955), «Metapsychological and clinical aspects of regression within the psychoanalytical set-up», *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 36, pp. 16-26.
- (1954), «Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico», *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona, Laia, pp. 377-398.
- Zuliani, C. (2011), *Destinos de la simbolización: el fenómeno psicossomático*, Editorial Académica Española.



EL PSICOANÁLISIS DESPUÉS DE FREUD

Teoría y clínica

Norberto M. Bleichmar
Celia Leiberman de Bleichmar

con la colaboración de
Silvia Wikinski

Paidós Psicología Profunda

La enorme diversidad de teorías psicoanalíticas y enfoques técnicos desarrollados a lo largo del siglo XX plantea a la disciplina un problema no solo epistemológico sino práctico. Con el ánimo de dar una información completa del estado de la teoría y la clínica psicoanalíticas, en este libro se describen y se discuten críticamente las ideas fundamentales de las corrientes psicoanalíticas. Protagonistas de estas páginas son Hartmann y la Psicología del yo; Melanie Klein y la fantasía inconsciente como escenario de la vida psíquica; Lacan y la teoría del sujeto; el grupo británico, Fairbairn, Guntrip y Balint; Winnicott y el papel de la madre real, así como la ampliación de la metapsicología de los poskleinianos, con Bion, Meltzer y Racker.

A quienes comienzan a estudiar la disciplina, *El psicoanálisis después de Freud* les ofrece la posibilidad de contar con las principales teorías psicoanalíticas –sus fundamentos, ubicación histórica, controversias y aplicaciones técnicas– en un solo texto. Y a los profesionales interesados en un estudio crítico y polémico de los principales desarrollos psicoanalíticos, les brinda un espacio de interlocución para reflexionar sobre los problemas que cada teoría intenta resolver, sus aspectos novedosos, los planteamientos en la forma de entender y ejercer el psicoanálisis, así como la manera en que las distintas hipótesis se superponen, divergen o se complementan.

Acerca del autor

CELIA LEIBERMAN y NORBERTO BLEICHMAR son psicoanalistas y psiquiatras, con una experiencia clínica y didáctica de más de cuarenta años. Son fundadores y directores del Centro Eleia en México, para la formación en Licenciatura en Psicología, Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica y Doctorado en Clínica Psicoanalítica.

Forman parte de la generación de terapeutas entrenados bajo la influencia de las escuelas actuales de psicoanálisis, la obra freudiana y la de relaciones objetales, así como la de muchos pensadores británicos y latinoamericanos, en particular su principal maestro, R. Horacio Etchegoyen. Autores de *El psicoanálisis después de Freud* (1989) y *Las perspectivas del psicoanálisis* (2011), ambos publicados en Paidós.

Diseño de portada: Músicos del Titanic / Sergi Rucabado Rebés

© 2013, Celia Leiberman

© 2013, Norberto Bleichmar

Derechos reservados

© 2017, Editorial Planeta Mexicana, S.A. de C.V.

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

www.paidos.com.mx

Primera edición en libro impreso: agosto de 2013

ISBN: 978-607-9202-53-8

Primera edición en formato epub: agosto de 2017

ISBN: 978-607-747-412-8

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 Grafia 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
Presentación	8
Capítulo 1	16
El psicoanálisis después de FreudActualizaciones	18
Capítulo 2	36
Cambios en la técnica psicoanalítica actual	38
Capítulo 3	74
El psicoanálisis francés contemporáneo Ideas y comentarios	76
Capítulo 4	108
La aportación intersubjetiva en psicoanálisis Contexto en el que surgen las nuevas teorías intersubjetiva y relacionalista	110
Capítulo 5	141
Acerca del psicoanálisis relacionalista	143
Bibliografía	164
Acerca del autor	173
Créditos	174
Planeta de libros	175