

El proceso de la psicoterapia psicoanalítica: una perspectiva desde la psicología del self¹

Anna Ornstein y Paul H. Ornstein

Desde la publicación de *El análisis del Self* (Kohut, 1971) la psicología psicoanalítica del self ha logrado amplia aceptación entre los que practican la psicoterapia psicoanalítica. Al comienzo esto también era así para los psicoanalistas, cuyas teorías hasta ese momento los restringían a considerar como pacientes analizables sólo aquellos capaces de desarrollar una “clásica neurosis de transferencia”, pacientes cuyos conflictos estaban relacionados con un complejo de Edipo no resuelto. La descripción de Kohut de dos nuevas constelaciones transferenciales (la transferencia especular y la transferencia idealizadora), ha ampliado el espectro del psicoanálisis sin la necesidad de recurrir a “parámetros” (Eissler, 1953). [“Parámetros” son algunas formas de intervenciones activas en el curso de un análisis utilizados en lugar de la interpretación, necesarios debido a un particular defecto en el yo del paciente. Un parámetro es diseñado para ayudar al paciente, incapaz de utilizar el enfoque analítico clásico a desarrollar no obstante una neurosis de transferencia y por lo tanto volverse analizable. Tal parámetro debe ser disuelto antes del fin del tratamiento y sus efectos sobre la transferencia deben ser eliminados mediante la interpretación]. Cuando se publicó el segundo libro de Kohut *La restauración del Self*

¹ Publicado en *Review of Psychiatry*, Vol.9, American Psychiatry Press. 1990.

(1977), comenzaron a crecer las críticas entre los psicoanalistas. Esto estaba relacionado con el hecho de que en 1977 Kohut dejó atrás gran parte de la teoría clásica: él cuestionó la primacía de las pulsiones en el desarrollo de la personalidad, re-examinó el significado del complejo de Edipo y la angustia de castración en la génesis de las neurosis y ubicó estos conceptos centrales de la teoría psicoanalítica clásica en una nueva perspectiva. Esta fue la de considerar al self como una constelación supraordinaria de la mente. Ello significó un cambio drástico, dejar fuera el modelo tripartito y la psicología de los “mecanismos mentales” y poner el énfasis en la elucidación de las experiencias subjetivas del paciente.

A lo largo de sus escritos Kohut describió el self en distintos niveles y desde distintos puntos de vista. Mientras todavía estaba trabajando con el modelo tripartito de la mente concibió al self como “el contenido” del yo (Kohut, 1971). Posteriormente lo consideró como una abstracción psicoanalítica comparativamente más cercana a la experiencia, como una configuración supraordinaria en el centro del universo psicológico; es cohesivo, resistente y constituye una “unidad en el espacio y un *continuum* en el tiempo” (Kohut, 1977).

El descubrimiento de Kohut de nuevas constelaciones transferenceales y sus mayores revisiones de la teoría psicoanalítica se produjeron en un momento de la historia del psicoanálisis en el que la psicología del yo (con su modelo tripartito), era el paradigma psicoanalítico en los Estados Unidos.

Para apreciar el impacto psicoanalítico que la psicología del self tuvo sobre las psicoterapias es necesario revisar brevemente la literatura sobre éstas en el momento en que su práctica estaba conceptualizada sobre las bases de la teoría estructural y la psicología del yo. Durante ese período la psicoterapia no tenía uniformidad en su método y las recomendaciones técnicas para su ejecución eran demasiado confusas y vagas cuando se trataba de responder a la pregunta de si había o no “una psicoterapia científica, además del psicoanálisis” (Wallerstein, 1969).

La revisión de la literatura sobre psicoterapias psicoanalíticamente orientadas en las décadas de los 50-60-70 y adentrados los 80 indica que la “base científica” para la psicoterapia era buscada tratando de encontrar para ella el equivalente de lo que había sido para el psicoanálisis el concepto constante, similar y reproduci-

ble de neurosis de transferencia. [Véase por ejemplo Balint y col., 1972; Bibring, 1954; Ekstein y Wallerstein, 1972; Dewald, 1964; Frank, 1961; A. Freud, 1954; Gill, 1951; Gill y Hoffman, 1982; Greenson, 1965; Havens, 1986; Horowitz, 1979; Langs, 1976; Levine, 1952; Luborsky, 1984; Malan, 1976; Mann, 1973; P.H. and A. Ornstein, 1977; Stone, 1954; Strupp y Bindeer, 1984; Wallerstein, 1969, 1975; y Weiss y Sampson, 1986]. Tal constancia y reproducibilidad podría entonces darle a la psicoterapia su propia base científica. El tema fue examinado por dos paneles en la Asociación Psicoanalítica Americana (1952 y 1954) y por un panel en la Asociación Psicoanalítica Internacional (1969). Sin embargo, la pregunta quedó sin respuesta. No pudo ser logrado ningún acuerdo en temas básicos, como ser el de las ambiciones y objetivos de una modalidad de tratamiento versus la otra; o cómo podrían reconciliarse las diferencias en los métodos y las diferencias en la frecuencia (una o dos veces por semana, versus cuatro a cinco sesiones semanales). El problema parecía ser que la psicoterapia psicoanalíticamente orientada empleaba una variedad de técnicas, algunas de las cuales la acercaban mucho al psicoanálisis, mientras que otras lo alejaban de él. El predominio de la sugestión, el reaseguramiento, el dar consejos, la abreacción y la manipulación separaban a la psicoterapia del psicoanálisis, mientras que el uso predominante de la aclaración y la interpretación hacían menos distinguibles a las dos modalidades de tratamiento. Nosotros nos introdujimos en este debate en los 70 y estuvimos de acuerdo con la creciente tendencia de aquéllos que comenzaron a abandonar el término *psicoterapia psicoanalíticamente orientada* y comenzaron a utilizar en su lugar la designación *psicoterapia psicoanalítica* para aquella forma de tratamiento que podría ser vista como en un *continuum* con el psicoanálisis (P.H. y A. Ornstein, 1977).

Las diferencias entre las dos modalidades de tratamiento no podían reconciliarse porque los investigadores de esa época retenían la visión de que sólo las condiciones psiconeuróticas podían dar nacimiento a transferencias interpretables. Sin embargo, la mayoría de los pacientes vistos en psicoterapia raramente padecen una psiconeurosis bien delineada. La gran mayoría sufre distintas formas de trastornos de la personalidad. En otras palabras, en vez de sufrir por las consecuencias de un conflicto intrapsíquico no resuelto, relacionado con el complejo

de Edipo, los pacientes de psicoterapia más frecuentemente sufren por las consecuencias de un “trauma pre-edípico” (y los trastornos de personalidad con él relacionados) o de defectos o déficits en su psiquismo, con algunos conflictos secundarios y formaciones de compromiso (y los trastornos de personalidad con ellos relacionados). Esta fue la razón primera del por qué una serie de técnicas manipulativas habían sido recomendadas para los pacientes que estaban en psicoterapia. Sin embargo, cuando estos pacientes, cuya organización psicológica era considerada como pre-edípica, desarrollaban reacciones transferenciales (distintas de una neurosis de transferencia) esto debía ser “manejado” en vez de ser interpretado, para evitar una mayor movilización de deseos infantiles inconcientes. Tales intervenciones servían al propósito de ayudar a los pacientes a mantener la integridad yoica (Gill, 1951).

La psicología del yo, al incluir tanto los orígenes pulsionales como los ambientales de un disturbio en particular, proveían de un refinamiento en el pensamiento del clínico con respecto a la naturaleza de la psicopatología del paciente. Al incluir las relaciones objetales dentro de las fronteras de su teoría, la psicología del yo también enriquecía el pensamiento del clínico para comprender el desarrollo de la personalidad (por ejemplo la teoría de separación-individuación de Mahler [Mahler y col., 1975] como fuera utilizada por Kernberg para explicar los orígenes del desarrollo de los estados borderline [Kernberg, 1975, 1984]). Al acomodar bajo su paraguas a ambas teorías, la teoría de las relaciones objetales y la del desarrollo psicosexual, la psicología del yo inició un desplazamiento del foco puesto hasta entonces sobre los impulsos inconcientes del ello, colocándolo en cambio sobre la naturaleza de las defensas inconcientes y sobre las modalidades adaptativas específicas del paciente. Se esperaba que este desplazamiento, desde la investigación del ello a la investigación de los “dinamismos” del yo, hiciera a la teoría psicoanalítica clásica una guía más adecuada para el clínico en la práctica de la psicoterapia.

Sin embargo, como lo señalamos más arriba, aunque la psicología del yo promovió un refinamiento del pensamiento del terapeuta con respecto a la naturaleza de la psicopatología y el desarrollo de la personalidad, la teoría del tratamiento no había sido afectada por estos avances. Se produjo una brecha cada vez

más profunda entre los avances hechos en el diagnóstico, en la naturaleza de la psicopatología por un lado y la práctica de la psicoterapia por otro.

Resolver el problema de “cómo trabaja la psicoterapia” no era una mera teorización. Con la mayor parte de la población dependiendo del pago hecho por terceros, la justificación científica para la necesidad de una psicoterapia devino un mandato. Esto condujo a varios proyectos formales de investigación en psicoterapia (por ejemplo El Proyecto de Investigación en Psicoterapia de la Menninger Foundation [Wallerstein y Robbins, 1956; Wallerstein y colab., 1956; Kernberg y col. 1972] y el Grupo de Investigación de la Universidad de Vanderbilt [Strupp y Binder, 1982] y la preparación de manuales para estandarizar la técnica [Luborsky y col., 1980]). Sin embargo, en ningún momento la teoría psicoanalítica –como la formulara Freud sobre las bases de su trabajo con pacientes neuróticos– fue cuestionada como la más apta para guiar a los psicoterapeutas en su trabajo clínico. La cuestión era hasta qué punto el método (“asociación libre”) y la técnica (“interpretación”) del psicoanálisis podían ser modificados y que el tratamiento siguiera considerándose “psicoanalítico”.

Durante varias décadas, cuando se hacían las recomendaciones técnicas para una psicoterapia psicoanalíticamente orientada (de apoyo o expresiva, o la combinación de ambas), la decisión de cuál de éstas debía ser principalmente utilizada tenía que ser tomada sobre las bases de la naturaleza de la psicopatología, es decir, sobre las bases de un “diagnóstico dinámico”. Tal diagnóstico debía ser obtenido sobre la base de la historia del paciente y su presentación inicial más que sobre la base de la transferencia, a medida que ésta se iba desarrollando a lo largo del tratamiento (Luborsky, 1984).

Este resumen sobre la psicoterapia, cuando se la practica dentro del marco de la psicología del yo y de la visión tradicional de la transferencia, nos servirá como telón de fondo para nuestra discusión sobre los avances que han ocurrido desde la introducción de la psicología psicoanalítica del self.

El mismo Kohut hizo extensas contribuciones sobre la aplicación de sus ideas a la práctica de la psicoterapia psicoanalítica, exponiendo su pensamiento en *Los Seminarios de Kohut: Sobre la Psicología del Self y la Psicoterapia con Adolescentes y*

Adultos Jóvenes (Elson, 1987). En esos seminarios Kohut, guiado por sus flamantes teorías, se sumergió (vicariamente) en las experiencias del paciente y aplicó esta “unidad terapéutica” de comprensión y explicación de la misma manera que en cualquier análisis bien conducido. Hasta ese punto las dos experiencias parecían ser un *continuum*. Pero más tarde (Kohut, 1980) señaló que los objetivos del tratamiento eran, más que la técnica, lo que separaban (más o menos agudamente) a un proceso de tratamiento del otro. El *análisis* tendía a lograr cambios en un *sector* de la personalidad del paciente, mientras que la psicoterapia tendía a lograr cambios en un *segmento* de ella [pensando por ejemplo en una manzana: “sector” se refiere a un corte que va de la superficie al centro, mientras que “segmento” se refiere a un área cortada paralela a la superficie, sin llegar al centro]. Esta diferencia es enfática: la psicoterapia es genético-dinámica, el psicoanálisis es dinámico-genético en sus objetivos últimos (Kohut, 1980). En otras palabras, en la psicoterapia nos centramos primariamente (pero no exclusivamente) en temas dinámicos, mientras que en el psicoanálisis nos centramos (nuevamente, no de manera exclusiva) en los temas genéticos.

El impacto de la psicología del self en las conductas y procesos de la psicoterapia así como las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia pronto despertó el interés de numerosos psicoanalistas y psicoterapeutas, conocedores de la psicología del self. Algunos enfatizaron el *continuum* entre psicoanálisis en un extremo, psicoterapia psicoanalítica en el medio y psicoterapia breve en el otro extremo (London, 1980a; P.H. Ornstein y A. Ornstein, 1977; Palaci, 1980). Otros subrayaron las diferencias basándose ya sea en los objetivos distintos, en las diferencias cualitativas de tratamiento del vínculo transferencial, o en la naturaleza del proceso de tratamiento (London, 1980 b), o bien basándose en las diferencias en el método de tratamiento según la severidad de la psicopatología y su punto de origen en el desarrollo (Basch, 1980, 1988; Muslin y Val, 1987). Basch regresa al Kohut temprano, con una marcada separación entre el tratamiento de las neurosis y el tratamiento de los trastornos narcisistas de la personalidad. El coloca su profundo conocimiento de la teoría del desarrollo y de la fisiología cerebral en el centro de su abordaje de la psicoterapia, utilizando al mismo tiempo la teoría clínica de la psicología del self (incluyendo la

transferencia), como otro indicador. Por lo tanto él arriba a una marcada dicotomía entre psicoanálisis y psicoterapia y no parece que lo hiciera guiado por un abordaje orientado en el proceso. Muslin y Val abarcan correctamente el espectro completo de las psicoterapias psicoanalíticas dentro del marco de la psicología del self. Sin embargo, ellos también vuelven a una selección, ya sea de psicoterapia de apoyo, psicoterapia psicoanalítica o psicoanálisis basada en el diagnóstico y en la técnica y por lo tanto no se guían por un abordaje orientado en el proceso.

En términos generales, la idea de “marcada dicotomía” versus “el *continuum*” parece posible de resolución, dependiendo de cuánto centremos nuestra atención en los puntos extremos del *continuum* (donde las diferencias pueden ser más marcadas) o en el centro (donde son menos notorias). El punto importante es: ¿cuál de las posiciones acarrea el mayor valor heurístico y la mayor significación clínica pragmática? ¿cuál de las posturas permite una mejor amalgama de las teorías, de la psicopatología de la cura (el objetivo del tratamiento) y del método? Nuestra revisión y puesta al día están guiadas por estas consideraciones.

Los avances que nosotros consideramos esenciales están relacionados con: 1) una apreciación cada vez mayor del impacto del modo de escucha empática en el proceso del tratamiento; 2) el concepto de objetos del self y el reconocimiento de las transferencias de objetos del self en todas las variedades de psicopatología y en todas las formas de psicoterapias psicoanalíticas nos permitió a los psicoterapeutas, en una diversidad de encuadres, permanecer en estrecho contacto con las experiencias subjetivas del paciente; y finalmente 3) la escucha empática y la forma interpretativa de respuesta han colocado a la psicoterapia psicoanalítica en terrenos que no son menos “científicos” (ni menos orientados por el proceso) que los de la práctica del psicoanálisis.

Como indicaremos, el terapeuta –al hablar en forma interpretativa (es decir utilizando el vocabulario de comprensión y explicación de las experiencias subjetivas del paciente)– presta atención y por lo tanto preserva la emergencia del *proceso* en la psicoterapia. La atención del terapeuta en el proceso emergente se mantiene cuando su teoría de la psicopatología y su teoría de la cura están estrechamente relacionadas y guían la conducción del tratamiento. En otras palabras, al mantener la perspectiva de una escucha empática, al reconocer la presencia de transferencias

de objetos del self, y al hablar en forma interpretativa, el terapeuta de la psicología del self cierra la brecha entre la teoría de la psicopatología y la teoría de la cura en su práctica clínica. Una vez que el proceso de tratamiento es colocado en el centro de la investigación del terapeuta, los otros temas relacionados comienzan a ocupar su lugar. Puesto que los propósitos y objetivos de la psicoterapia forman parte de la teoría de la cura, el mantener una estrecha vigilancia en el proceso deviene el fundamento básico para la psicoterapia psicoanalítica de hoy.

Teniendo en cuenta lo antedicho, este artículo tratará de los principios fundamentales que gobiernan las psicoterapias psicoanalíticas (psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica de larga duración y psicoterapia focal), sin tomar en consideración las categorías clínicas específicas que harían al diagnóstico correspondiente acorde con los problemas del paciente.

LA EMPATIA Y LA NATURALEZA DE LAS TRANSFERENCIAS DE OBJETOS DEL SELF

La mayor revisión de Kohut de su teoría apareció por primera vez en 1977. Sin embargo, sus semillas estaban presentes en su notoria publicación titulada “Introspección, Empatía y Psicoanálisis” (Kohut, 1957) y más claramente, aunque no en forma explícita, en *Análisis del Self* (1971). El reconocimiento de la importancia central de la exploración de las experiencias subjetivas del self no hubiese tenido lugar si no se hubiera re-enfatizado la empatía como el método básico del psicoanálisis.

Kohut definió la empatía como “un modo de conocimiento específicamente acorde con la percepción de configuraciones psicológicas complejas” (Kohut, 1971, pg. 269 de la edición en castellano). Debido a su uso frecuente en el lenguaje coloquial se le ha dado a la empatía diversos significados. Entre otro se la hace sinónimo de compasión, amor e intuición. Pero más frecuentemente la empatía es igualada a concordancia afectiva (sintonía).

Ciertamente la concordancia afectiva es el primer paso en el proceso empático, pero no es lo que Kohut quería significar con empatía. La concordancia afectiva es la capacidad de mover el foco de atención desde una determinada pieza de comportamiento a los motivos del mismo. Sin la capacidad de concordancia

afectiva, la comunicación entre los seres humanos se daría simplemente en el nivel del comportamiento manifiesto, sea verbal o de otra forma (Demos, 1984; Stern, 1985). La concordancia afectiva puede ser considerada como la llave que abre las puertas al mundo interno de un “otro”, pero no es la luz que ilumina el contenido de la habitación que está detrás de la puerta. La empatía es esa luz. Como una forma de conocimiento, permite al terapeuta acompañar las experiencias subjetivas del paciente (poder ver el contenido del cuarto) en toda su complejidad, no sólo los afectos que motivan la conducta sino también la naturaleza de los conflictos y las formaciones de compromiso que comprenden la totalidad de la experiencia del self. Esto es lo que Kohut quiere significar cuando dice que la empatía “es un modo de conocimiento específicamente acorde con la percepción de configuraciones psicológicas *complejas*” (Kohut, 1977, el destacado es de los autores). Mientras que la concordancia afectiva, al igual que la intuición, es preconciente y se adquiere a gran velocidad, la empatía es alcanzada trabajosamente mediante ensayo y error. Se espera del terapeuta que permanezca “dentro del cuarto del paciente” el tiempo suficiente como para familiarizarse con sus contenidos idiosincráticos característicos. Por lo tanto las “fallas en la empatía” no deben ser considerados como debidos a que el terapeuta erró “el golpe a la cabeza del clavo”, sino porque no pudo mantener la visión desde un punto de observación empático, es decir no pudo escuchar desde *dentro* de la perspectiva del paciente. Tales fallas son comunes y esperables, puesto que asumir una posición dentro de la vida interna de “un otro” es una tarea singularmente difícil. Ubicarnos empáticamente en la vida interna de otro no es nuestra postura habitual de escucha, aunque en la vida diaria probablemente oscilamos natural y espontáneamente entre modos de observación extrospectivos e introspectivos (instrospección vicariante), dependiendo de nuestra tarea inmediata. Generalmente, como terapeutas, oscilamos similarmente entre instrospección y extrospección, pero tendemos a responder a los pacientes con opiniones que están formadas por nuestro conocimiento de la psicopatología y el desarrollo de la personalidad y por nuestra comprensión de lo “que sería lo mejor para el paciente”, en vez de la comunicación interpretativa. Para lograr una total inmersión en las experiencias subjetivas del paciente, donde escuchamos justa y consecuentemente desde

una perspectiva empática, debemos sobrepasar las fronteras de nuestro propio universo psicológico que ha sido creado no sólo por nuestras historias personales y por las peculiaridades de nuestras angustias y formaciones de compromiso, sino también desde nuestras respectivas bases teóricas.

Una viñeta clínica demostrará este punto. (La identidad del paciente ha sido disfrazada. La paciente fue tratada por Anna Ornstein).

La señora Clark es una inteligente profesional, casada con un hombre que tiene tres hijos de un matrimonio anterior. En esta sesión la paciente estaba describiendo su dificultad para tolerar el comportamiento de uno de los hijos de su marido. Específicamente, cada vez que el niño la miraba con expresión de dolor en su rostro, ella se sentía culpable; se siente responsable del dolor del niño al verse separado de su madre. Ella odiaba al niño por hacerla sentir de esta manera y notó que últimamente se había vuelto excesivamente severa con el pequeño.

La terapeuta, evaluando la situación en términos de su comprensión de las relaciones paterno-filiales, decidió compartir su comprensión con la paciente, para que ella pudiera evitar experiencias similares en el futuro. Sin embargo, al hacer esto la terapeuta perdió su perspectiva de escucha empática. Lo que la terapeuta oyó fue un niño y una mujer atrapados en una interacción que ella sabía que podría traer terribles consecuencias. En sus comentarios enfatizó que sería en detrimento del futuro de la relación si el niño lograba tener éxito en hacerla sentir culpable y que por esa razón ella tuviera que mantenerse alejada de él. Todo esto tenía sentido, pero no tenía nada que ver con la confusión y el sentimiento de frustración que tenía la paciente por ser incapaz de modificar sus sentimientos y su comportamiento con el niño. La hora terminó sin que la terapeuta se diera cuenta de cuán dolorida, enojada y desilusionada se sentía la paciente por dentro.

La Sra. Clark faltó a la sesión siguiente. En la sesión posterior comenzó diciendo que había estado pensando en no volver más, lo que habría sido su manera característica de manejar-se cuando se herían sus sentimientos. Ella sintió que al darle la “pequeña lección” la terapeuta no había tenido en cuenta

para nada sus sentimientos. Lo que se aclaró en el diálogo posterior fue la vergüenza de la paciente por no ser capaz de responder al niño de la manera que ella sabía que debería responder una mujer adulta. Su vergüenza era mucho mayor porque ella había tenido que pasar por el trance de explicar a la terapeuta estos sentimientos para verse luego despedida. A medida que hablaba su enojo y desilusión con la terapeuta se hacían cada vez más intensos. Encontraba particularmente intolerable que mientras que la terapeuta parecía ser completamente empática en relación con el niño parecía estar completamente fuera de sintonía con ella. Al no comprender sus sentimientos sólo podía sentirse culpable por tenerlos.

Como he mencionado anteriormente tal discordancia es esperable. El problema es ¿cómo proceder a continuación y cuál debería ser el siguiente movimiento de la terapeuta? Los terapeutas tienen varias opciones: 1) pueden defender su posición en términos de la “corrección” de sus observaciones, 2) pueden disculparse y sentirse culpables acerca de su “error” o 3) pueden considerar de qué manera esa “falla empática” ha tocado una específica vulnerabilidad del self del paciente.

Nosotros preferimos optar por la tercera alternativa. Primero, el terapeuta debe aceptar como legítimo el enojo del paciente dentro de la transferencia. En este caso la paciente esperaba ser comprendida en lo que concierne a su sensación de frustración al verse respondiendo al niño de esa manera. Ella necesitaba comprender las raíces profundas de su comportamiento y no necesitaba recibir una lección acerca de las ventajas de dejar de hacerlo. En vez de sentirse comprendida por la terapeuta se sintió reprendida. Lo que hacía las cosas peor es que ella sabía que la terapeuta lo hacía con las mejores intenciones. Esto hacía que su enojo le pareciera irrazonable, de la misma manera que ella había sentido enojo hacia sus padres que eran muy buenos con ella pero nunca pudo sentir que estuvieran realmente interesados en saber quién era ella o qué sentía. Esta disrupción de la transferencia inició una exploración de los precursores genéticos de la vulnerabilidad narcisista de la paciente.

Idealmente, las disrupciones en la transferencia que ocurren en respuesta a la esperable dificultad del terapeuta de mantener una posición consistentemente empática son oportunidades para

explorar las características específicas de las vulnerabilidades del paciente y sus precursores genéticos.

En este punto del tratamiento la paciente había establecido una transferencia de objetos del self basada en las experiencias de haberse sentido comprendida por la terapeuta en sesiones previas. Por eso ella se “animó” a traer sus molestos sentimientos a la sesión. El fracaso empático de la terapeuta afectó a la transferencia y al mismo tiempo amenazó la continuidad del tratamiento.

Esta es la pregunta que surge ahora: ¿qué es una transferencia de objetos del self y cómo puede el terapeuta saber que lo que está observando en un momento determinado es una reacción frente a su disrupción?

La característica esencial de las transferencias de objetos del self consiste en que el terapeuta es utilizado funcionalmente por el self del paciente. Los pacientes comienzan el tratamiento con una expectativa inconsciente, una “fantasía de curación” (P.H. Ornstein y A. Ornstein, 1977) de que en el tratamiento recibirán aquello que necesitan para curarse. Si el terapeuta no introduce directivas técnicas sino que permanece cercano a las experiencias subjetivas del paciente y los dos participantes tienen éxito en lograr que el paciente adquiera el sentimiento de ser comprendido, el terapeuta deviene un “estabilizador” en la psiquis del paciente. Un incrementado sentimiento de cohesión del self que se manifiesta en mejorías en el funcionamiento, indica que una de las transferencias con objetos del self se ha establecido. Si es una transferencia especular (en la que el paciente espera ser aprobado por lo que es) o una transferencia idealizadora (en la que el paciente obtiene fuerza temporariamente al sentirse fusionado con la grandeza y poder del terapeuta), dependerá del sector de la personalidad en la que originariamente ha habido una detención o una alteración en el desarrollo. No necesariamente las dos formas de transferencia aparecen en estado puro. Aunque predominará una o la otra lo más común es que aparezcan en una forma mixta.

Que el paciente sea capaz o no de hacer un uso funcional del terapeuta dependerá de la “respuesta empática” (P.H. Ornstein, 1980) o de la “respuesta óptima” (Bacal, 1985); por ejemplo si el paciente fue capaz de experimentar la presencia emocional del terapeuta. Puesto que la atención del terapeuta debe estar centra-

da en el *significado* que sus acciones verbales y paraverbales tienen para el paciente, más que en la “realidad” de sus acciones, el poder atrapar el significado de las experiencias subjetivas del paciente se transforma en la tarea suprema del terapeuta (Schwaber, 1981). La estrecha relación existente entre el modo de escuchar y la naturaleza de la transferencia ilumina las implicancias de largo alcance que el énfasis en la empatía y el descubrimiento de las transferencias con objetos del self tienen para la práctica de la psicoterapia psicoanalítica. Esta relación indica la presencia, o la ausencia, de una concordancia significativa y de un compromiso en el proceso terapéutico, que es un aspecto esencial de la comunicación terapéutica, vista desde la perspectiva de la psicología del self.

El énfasis en las transferencias de objetos del self reside en el concepto de objetos del self: la manera en que el terapeuta responde (o no responde) afecta profundamente la experiencia del self del paciente, momento a momento. Una transferencia de objeto del self no puede ser conceptualizada como siendo solamente repetición y desplazamiento, como ha sido conceptualizada la transferencia en el psicoanálisis tradicional. Y ciertamente no puede ser conceptualizada como emergiendo solamente en relación a una regresión terapéutica. Lo que emergerá como transferencia y cómo y qué formas tomarán las resistencias está codeterminado por ambos participantes del proceso terapéutico. Lo que se revive en estas transferencias de objetos del self son necesidades de objetos del self adecuadas a la fase, que deben ser comprendidas, aceptadas y explicadas tanto en términos de su dinámica actual como en términos de su significado genético-dinámico. Es aquí, en el proceso terapéutico, que estas necesidades sobrellevarán las necesarias transformaciones, desde formas arcaicas a formas más maduras. Y es en esta experiencia terapéutica donde se podrán adquirir las nuevas estructuras psíquicas mediante la internalización transmutadora. En una definición amplia la *internalización transmutadora* se refiere al proceso en el que las estructuras arcaicas del self (el self grandioso-exhibicionista y la imago parental idealizada) son transformadas dentro de la matriz de los objetos del self en constelaciones más maduras, deviniendo funciones duraderas (“estructuras”) del self bipolar.

La empatía, como un modo de observación (acorde con las

experiencias del self del paciente) conduce directamente al reconocimiento de las transferencias de objetos del self; hay una relación intrínseca inseparable entre el método de observación (empatía) y los hallazgos (transferencias de objetos del self). Nosotros creemos que fue el cierre de la brecha entre teoría y práctica –al reconocer la relación intrínseca (y por lo tanto inseparable) entre el método de observación (empatía) y los hallazgos clínicos (transferencias de objetos del self) y la posterior formulación de teorías basadas en esas cercanas experiencias lo que provocó el difundido entusiasmo de los psicoterapeutas por la psicología del self.

LA EMPATIA Y EL DIALOGO TERAPEUTICO

Una vez que el terapeuta adopta la empatía como modo de observación, ésta lo guiará, atravesando diversos obstáculos, a las experiencias subjetivas del paciente. El tomar contacto con estas experiencias subjetivas y el articular lo que el terapeuta ha comprendido tentativamente es la llave para comprometer emocionalmente al paciente en el proceso de tratamiento. Es la respuesta empática del terapeuta, su activa participación en el descubrimiento de lo que experimenta el paciente, lo que caracteriza el diálogo terapéutico. Nosotros hemos escrito extensamente acerca de este tema al estudiar el impacto de la psicología del self en la conducción, el proceso y el marco para la psicoterapia psicoanalítica (A. Ornstein, 1975, 1984, 1986; A. Ornstein y P.H. Ornstein, 1975, 1984; A. Ornstein y col., 1983; P.H. Ornstein, 1975a, 1975b, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1986, 1988; P.H. Ornstein y A. Ornstein, 1977, 1981, 1985, 1986).

Tomemos como ejemplo la falla empática que hemos descrito más arriba. Los afectos prevalecientes eran la vergüenza y desconcierto por tener que decirle a la terapeuta que ella era incapaz de comportarse con el niño de la manera que ella sabía que debía comportarse una mujer adulta. La terapeuta, al no entrar con la paciente en un diálogo que tuviera en cuenta ese afecto, que le habría permitido identificar las experiencias subjetivas de la paciente, había abandonado la posición empática e inadvertidamente produjo una disrupción en la transferencia. La paciente no podía articular por sí misma esos sentimientos; en primer lugar

debían ser identificados los afectos que provocaron la confusión y posteriormente su naturaleza debía ser descubierta conjuntamente por la paciente y por la terapeuta.

Conducir un diálogo terapéutico requiere del terapeuta no trabajar con nociones diagnósticas preformadas acerca de lo que debe estar mal en el paciente ni con la asunción de que el terapeuta puede tener una comprensión certera de las experiencias del paciente, sin la verificación del propio paciente. El terapeuta no puede determinar si lo que ha dicho fue “empático” o no; sólo la respuesta del paciente, verbal o no verbal, puede hacerlo.

Desde el comienzo resulta claro para el paciente que el terapeuta está buscando una comprensión más profunda de las características únicas de su personalidad y que él —el paciente— es un activo participante en dicha búsqueda. En esta forma de comunicación (a la que nosotros nos referimos como hablar en forma interpretativa) el terapeuta comparte su comprensión tentativa con el paciente, poniendo un acento de curiosidad o de intriga en su tono de voz, invitándolo a que se sienta en libertad de hacer correcciones o manifestar sus discrepancias con lo que el terapeuta le está comunicando. Hablar en forma interpretativa incluye aspectos de la experiencia del paciente, que todavía no son completamente conscientes, pero que han sido puestos en evidencia por los afectos del paciente, por la manera de hablar, y por lo que el terapeuta ya sabe acerca del paciente, por insights a los que han arribado en sesiones anteriores. Lo que aquí es importante es que estas intervenciones están hechas desde un punto de observación empático, y que transmiten aceptación más que desafío de los sentimientos e ideas del paciente (por ejemplo: “Teniendo en cuenta lo que hemos comprendido hasta ahora, yo puedo ver por qué Ud. llegó a sentir acerca de este tema de la manera que lo hizo”). Obviamente, la propia articulación y el refraseo hecho por el terapeuta agrega una nueva dimensión al proceso y también estimula al paciente a corregir y desafiar la percepción del terapeuta y de esta manera expandir aún más sus propios pensamientos y sentimientos.

La forma y el estilo al hablar en forma interpretativa pueden ser más valoradas aún si se las compara con otros dos modos frecuentemente empleados en la comunicación. Uno de ellos consiste en invitar repetidamente al paciente a identificar los

sentimientos que el terapeuta sabe que están reprimidos, como si la pregunta pudiera “desenterrar” sentimientos y pensamientos ocultos. Se espera que el cuestionamiento incesante vuelva consciente lo inconsciente. La otra alternativa es que el terapeuta se mantenga silencioso durante largos períodos de tiempo y que hable solamente cuando piensa que ha alcanzado una profunda y completa comprensión de los problemas del paciente. Cuando las interpretaciones del terapeuta son aceptadas pasivamente o bien cuestionadas por el paciente, esto es atribuido a la ausencia de una firme alianza terapéutica o a la resistencia del paciente.

Los dos ejemplos de estos modos de iniciar el proceso terapéutico son extremos, pero ayudan a presentar el tema; en contraste con el método cuestionador y/o confrontativo, la transmisión de la comprensión continuamente en forma interpretativa ayuda al paciente a articular afectos a menudo contradictorios, sutiles o avergonzantes. En el curso del diálogo terapéutico que es conducido en la forma interpretativa tiene lugar una entrada cautelosa de afectos dolorosos en la conciencia que expande el auto conocimiento sin confrontación y sin aumento de las resistencias.

Para nosotros, el diálogo terapéutico, este compromiso activo y cargado de afectos, reemplaza al concepto de alianza terapéutica. En la psicología del yo la alianza terapéutica era conceptualizada como una disociación del yo: una parte del paciente tenía que estar emocionalmente envuelto en el tratamiento, mientras que la otra parte debía observar lo que estaba experimentando. Era como si esta parte observadora pudiera comprometerse racionalmente con el proceso de búsqueda de insight. El compromiso con la terapia está alimentado por necesidades y expectativas más arcaicas, comprendidas en lo que nosotros hemos denominado “fantasía de curación” (P. y A. Ornstein, 1977). Hay por lo menos dos sorprendentes problemas dentro del concepto de alianza terapéutica. Uno es que tal disociación es una noción teórica alejada de la experiencia y una muy poco probable experiencia subjetiva dentro de la psiquis del paciente. La segunda es que tal disociación, de la manera que está concebida, caracterizaría un “yo fuerte” que no es lo esperable en pacientes en psicoterapia. Lo que con frecuencia ha sido erróneamente tomado por alianza terapéutica es en realidad el insidioso retorno de una dependencia con el terapeuta, no reconocida y no analizada.

Sin embargo, el diálogo terapéutico también plantea una serie

de cuestiones: esta clase de diálogo, en el cual el terapeuta no está buscando lo que ha sido omitido, escondido o disimulado sino que trata de atrapar lo que el paciente está experimentando, ¿no limita al terapeuta a tomar en consideración sólo lo que ya es consciente para el paciente? ¿Cómo entran en el diálogo terapéutico los aspectos reprimidos o desmentidos de la psiquis? Estas preguntas pueden ser respondidas examinando el impacto del diálogo terapéutico en el destino de las resistencias y las defensas en el proceso de tratamiento.

DEFENSA Y RESISTENCIA: LA VISION DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Como lo hemos indicado, el diálogo terapéutico promueve la introspección y permite una cautelosa entrada de afectos dolorosos en la conciencia y por lo tanto expande la capacidad de darse cuenta sin aumentar las resistencias.

Examinaremos ahora este proceso más de cerca. Profundizar el proceso terapéutico sin aumentar las resistencias suena como si se esperara que las formas patológicas de defensa simplemente “desaparecieran” en respuesta al hecho de sentirse comprendido. Por cierto que el sentirse comprendido es una experiencia extremadamente poderosa, que podría ser comparada con el alivio que puede sentir un niño muy agitado cuando es tomado en brazos muy firmemente por quien lo cuida. El lograr un aumento de la cohesión del self permite una genuina exploración de esos afectos, deseos y temores que hasta entonces estaban reprimidos y desestimados porque eran una amenaza para la cohesión del self. En otras palabras, la cohesión del self, lograda a través del sentimiento de sentirse comprendido y el establecimiento de una de las transferencias de objetos del self permite una disminución de las operaciones defensivas, que constituían la manera habitual de proteger a un self débil, con tendencia a la fragmentación, de una fragmentación aún mayor.

En la psicología del self, las defensas (represión, desmentida, proyección, negación etc. y las diversas formas en que éstas se pueden combinar dando lugar a complejas formas de trastornos de la personalidad) no son consideradas como obstáculos para descubrir “la verdad” acerca de los inaceptables deseos incon-

cientes oral-dependientes, ambivalentes y hostiles del paciente, sino que se considera que lo protegen de una re-traumatización de su self.

Kohut en su último libro expuso sus conceptos sobre las defensas en la psicología del self: "...las actividades defensivas están al servicio de la supervivencia del self, es como si el paciente intentara salvar por lo menos aquel sector de su self nuclear que, aunque pequeño y precariamente establecido, es aquél que ha logrado construir y mantener, pese a las serias insuficiencias en el desarrollo de la matriz facilitadora de objetos del self en su niñez" (Kohut, 1984).

Esta perspectiva de las organizaciones defensivas requiere una conceptualización diferente acerca de la manera en que serán incluidas y elaboradas en el proceso de tratamiento, distinta de la conceptualización en que las defensas son vistas como resistencias que crean obstáculos a los esfuerzos del terapeuta de poner al descubierto aspectos ocultos de la psiquis. En el psicoanálisis y en la psicoterapia tradicionales, la elaboración de estas constelaciones defensivas (que se organizan en complejas estructuras psicológicas y se manifiestan ya sea como síntomas y/o como trastornos de la personalidad), han sido conceptualizadas como "resistencias al análisis": la interpretación sistemática de las defensas que aparecen bajo la forma de resistencias. Sólo después de una exitosa elaboración de las resistencias podría el terapeuta esperar tomar contacto con los afectos reprimidos, los deseos y las fantasías del paciente. La imagen de levantar las capas de la cebolla ha sido utilizada como una metáfora para transmitir la idea de que las defensas tienen que ser removidas capa por capa para poder poner al descubierto los conflictos, los problemas y las angustias del paciente. Sin embargo, cuando se las mira desde la perspectiva del paciente, las defensas, como bloques constructores de síntomas y/o trastornos de la personalidad no pueden ser conceptualizadas como teniendo que ser "removidas" para exponer los problemas nucleares del paciente, sino que deben ser apreciadas como las proveedoras del "pegamento" que mantiene unido un self vulnerable o con tendencia a la fragmentación. En otras palabras, las estructuras psicológicas que son responsables de los síntomas y de los trastornos de la personalidad son las mismas estructuras que aseguran el funcionamiento de, por lo menos, algunos aspectos del self del paciente.

Por lo tanto su elaboración debe llevarse a cabo teniendo en cuenta esta conceptualización.

Utilizaremos un fragmento de una viñeta clínica para demostrar la elaboración de un particular modo defensivo (o mejor de protección del self) que servía como una importante función en la organización psicológica del paciente. (Este ejemplo clínico fue publicado con más detalle en un contexto diferente por A. Ornstein, 1986). Este era un caso en el que el aislamiento del afecto protegía al self de una retraumatización y que, sin embargo, al mismo tiempo impedía al paciente sentirse completamente vivo, él no sentía que estaba totalmente presente en relación con sus propias experiencias, ni en su relación con los demás.

El Sr. Moore, un estudiante de psicología de 32 años, comenzó el tratamiento porque era incapaz de demostrar afecto a su mujer, de quien creía estar enamorado. Él creía que esto era sólo una parte de una dificultad mayor, expresamente una incapacidad para experimentar sentimientos de cualquier tipo. Era un solitario que tendía a alejarse de la gente. Generalmente era muy crítico de las personas y sentía a los demás como poco amistosos y críticos para con él. Se optó por una psicoterapia debido a problemas económicos y de disponibilidad de tiempo. Siendo él mismo un profesional de la salud mental pensó que la terapeuta tendría que ayudarlo a vencer sus "resistencias" para poder curarse. Era un paciente cooperador y traía abundantes sueños y fantasías, dispuesto a aceptar cualquier "horrible verdad" que la terapeuta pudiera descubrir en su inconsciente. Al comienzo del tratamiento confió una de tales fantasías, que solía tener mientras estaba en la sala de espera. Se imaginaba que la terapeuta llegaba tarde a la sesión, y una vez instalada en el consultorio se comportaba de una manera que indicaba que ella estaba aburrida y poco interesada en él. Entonces él se enojaba y salía furioso del consultorio.

Se podría argumentar que tal fantasía revelaba una personalidad primitiva organizada alrededor de la rabia oral, lo que explicaría su temor a la cercanía de los otros. Accediendo a los deseos del paciente la terapeuta podría haberlo confrontado con su agresividad oral que, por lo menos en el terreno teórico, en este caso podría considerarse como curativo.

Pero ésta no fue la respuesta de la terapeuta. Ella dijo que esa fantasía la ayudaba a apreciar cuán intensamente deseaba el paciente que ella “forzara la puerta” de acceso a su inconciente, para que él pudiera enterarse de qué es lo que tenía que mantener tan cuidadosamente escondido. Ella también se preguntó si él estaba preocupado porque al tener sesión sólo una vez por semana sus “resistencias” no podrían ser removidas, a menos que ella aplicara alguna clase de “forzamiento”. “Sí”, dijo el paciente, “uno de los dos tiene que volcar el balde, si usted no me cuestiona y me desafía yo nunca lo podré hacer por mí mismo.....”

La terapeuta no hizo ningún comentario sobre el contenido de esta fantasía. En ese momento del tratamiento ella aún no comprendía el significado específico de la preocupación del paciente hacia lo que él llamaba sus “resistencias”. Pese a todo ella podía entender que él parecía tener un imperioso deseo de que la terapeuta reconociera aquellos sentimientos de los que él no tenía conciencia. Por lo tanto ella limitó sus comentarios a este nivel de comprensión, comentario que contenía su aceptación del deseo del paciente.

Es importante para comprender esta viñeta clínica informar que a los once años el paciente fue enviado como pupilo a una escuela que estaba a considerable distancia de su hogar. Siendo “un buen chico”, no objetó esa decisión, pero entre sus recuerdos de la niñez éste es uno de los más vívidos. Los días en el internado fueron los más miserables de su vida. Recordaba el profundo sentimiento de soledad y de que no había nadie que se interesara o se preocupara por lo que a él le pasaba. Todos los sucesos posteriores de su vida tienen como un manto grisáceo por encima. Entre ellos se destaca el recuerdo de que él no sintió nada en particular cuando supo de la muerte de su padre.

Ahora nos centraremos en la sesión en que la terapeuta comprendió el significado que tenía para el paciente que ella buscara activamente los sentimientos de los que él no era conciente, pero que lo hacían aislarse emocionalmente de la gente que lo rodeaba.

El paciente entró al consultorio visiblemente irritado. Al sentarse dijo: “*la desafío... he estado tratando de encontrar alguna falta así podemos hacer algo... me parece que segui-*

mos trabajando sobre lo obvio... tuve la fantasía de que si yo pudiera gritar e insultarla, todas mis inhibiciones desaparecerían. Se quedó pensativo un momento y luego agregó: *“pero ya no estoy seguro de si eso es lo que quiero... hay algo más... ¿Pero cómo voy a hacer para abrir la puerta?”*. La terapeuta respondió que evidentemente se había filtrado alguna duda en su convicción previa de que lo que él realmente necesitaba era gritarle y armar alguna clase de pelea para curarse. Ella preguntó: *“¿Podría ser que para Ud. ser capaz de gritar y chillar fuese el resultado de la cura, más que la manera de lograrlo?”*. [Aquí la terapeuta expone su propia teoría de la cura, es decir que antes de que el paciente pueda expresar sus sentimientos tendría que experimentarlos como seguros dentro de sí mismo y en relación con la terapeuta.]

El comentario algo ambiguo de la terapeuta fue seguido por un breve silencio, después del cual ella siguió exponiendo una comprensión más abarcativa de la comunicación del paciente. Ella dijo que la persistente demanda de que ella “abriera la puerta” o “diera vuelta el balde” para que la “verdad” acerca de él pudiera ser revelada la hacían pensar que podría ser que lo más terrible para él era que ella no lo comprendiera totalmente. *Sí, dijo el paciente, él hubiese querido que la terapeuta dispusiera de algunos polvos mágicos para poder comprenderlo y eso era más importante que lo que ella pudiera descubrir dentro de él.* Animada por el comentario afirmativo del paciente, la terapeuta agregó: *“Esto es lo que Ud. hubiese querido cuando fue enviado al internado, Ud. hubiese querido que sus padres se dieran cuenta de cuán terriblemente mal se sentía Ud. Ud. no les podía decir cómo se sentía pero deseaba que de cualquier manera ellos se dieran cuenta y quizá entonces no le habrían enviado allí. Si yo supiera y entendiera todo acerca de Ud., Ud. se sentiría seguro de sus sentimientos y entonces podría chillar y gritar”*. (Esto era un recuerdo encubridor, uno que contenía deseos tempranos de ser “escuchado” o “leído” de tal manera que él se pudiera sentir seguro. El uso del recuerdo en esta interpretación no debe ser visto como un intento de reconstruir un suceso traumático específico responsable de las dificultades actuales del paciente.)

Fue en ese momento de la sesión, cuando ya era casi el fin de la hora, que el paciente recordó un sueño de la noche anterior.

En el sueño, la terapeuta venía y se paraba a su lado. El no estaba seguro de si ella decía algo, pero él lloraba y pensó que en la vida real él no podría hacer nada parecido. El llanto le producía una sensación de alivio y felicidad. Refiriéndose al hecho de haberse puesto de su lado, la terapeuta dijo que aparentemente había una precondition para que él pudiera llorar en el sueño. ¿Podría ser que lo que le permitió llorar fue la seguridad que él sentía ahora, porque en vez de embarcarse en una pelea, los dos habían podido dedicarse a tratar de comprender de dónde venía ese persistente deseo de que ella supiera todo lo que él sentía y pensaba? A medida que la terapeuta hablaba, la cara del paciente se oscurecía y era obvio que trataba de contener el llanto. Ninguno de los dos habló y él finalmente se echó a llorar. Le llevó un tiempo buscar un pañuelo. Cuando lo hizo miró a la terapeuta. Ella entonces dijo que el haber comprendido ella el sueño de la manera que lo hizo pudo haberle hecho sentir a él que ella se había puesto “de su lado”. *El dijo suavemente “sí” y se fue.*

Nos gustaría dirigir la atención a algunos puntos de esta viñeta. Uno de los más importantes está relacionado con nuestro argumento previo de que un aumento en la cohesión del self crea un sentimiento de seguridad que reduce la necesidad de operaciones defensivas. Al respecto, debería notarse que el paciente recordó el sueño luego de una interpretación bastante comprensiva, en la que la terapeuta le comunica cómo ella entiende por qué es tan importante para el paciente que ella sepa todo acerca de él, pues de esta manera ella podrá articular los sentimientos de los cuales él no estaba enterado. Este fue el momento en que el sentirse comprendido había aumentado lo suficiente la cohesión de su self como para recordar el sueño de la noche anterior. Significativamente era un sueño transferencial. En su contenido el sueño indicaba que se había establecido una silenciosa transferencia con un objeto del self y que el paciente estaba experimentando un sentimiento de seguridad no sólo en relación con la terapeuta, sino también intrapsíquicamente: en el sueño había podido llorar, lo que le produjo un sentimiento de alivio.

Este episodio clínico ilustra cómo la perspectiva de la escucha empática, el establecimiento de una de las transferencias del self y el modo interpretativo de intervención facilitaron la explora-

ción de capas más profundas de la psiquis sin crear resistencias. En estas circunstancias el paciente fue capaz de expresar afectos que previamente había reprimido o desestimado porque eran una amenaza a la integridad de su self.

Esta explicación es similar a la de Kris, aunque él la ofreció desde una perspectiva teórica diferente en su trabajo sobre “La buena hora analítica” (Kris, 1956). En la visión de este autor las interpretaciones del analista “no proveen insight”. En su lugar, es el propio proceso mental preconsciente del paciente el que media e integra las interpretaciones del terapeuta en el proceso de lograr el insight. Por lo tanto un aspecto esencial del trabajo terapéutico es llevado a cabo silenciosamente, sin que el terapeuta se dé cuenta. De la misma manera, el uso que el paciente hace del terapeuta –como un objeto del self– también se hace silenciosamente. El paciente utiliza la aceptación empática y la comprensión del terapeuta para “fortalecer” suficientemente su self y de esta manera ser capaz de experimentar los afectos que antes habían sido una amenaza para la cohesión del mismo.

Esta visión del proceso de tratamiento sugeriría que la “fantasía de la sala de espera” no estaba expresando el deseo de obtener un permiso para expresar la agresión y la hostilidad contenidas. Más bien, el paciente avizoraba una situación en la que él podría estar respondiendo activamente a la temida indiferencia de la terapeuta, que era algo muy distinto de la aceptación pasiva que el paciente había mostrado en su niñez frente a la indiferencia de sus padres hacia sus sentimientos. La fantasía de la sala de espera era un aspecto de su fantasía de curación. El esperaba que en este tratamiento su enojo e indignación forzaran a la terapeuta a reconocer sus sentimientos y poder así demoler el sentimiento de aislamiento que había estado experimentando durante la mayor parte de su vida.

CONCLUSIONES

Hemos ofrecido una visión de algunos aspectos seleccionados de la evolución de la psicoterapia psicoanalíticamente orientada como un telón de fondo para la discusión del impacto de la psicología del self en la conducción y el proceso de la psicoterapia psicoanalítica.

Una revisión cuidadosa de las muchas contribuciones a la evolución posterior de la psicoterapia psicoanalítica basada en el método, los hallazgos y las teorías luego de la introducción de la psicología del self, indicó una preponderancia de la visión de que todas las formas de psicoterapia psicoanalítica están en un *continuum* con el psicoanálisis, mientras que también hubo un claro reconocimiento de sus diferencias en términos de sus objetivos diferentes. Aquellos que mantienen una estricta dicotomía en lo que respecta, tanto a métodos como a objetivos, son ahora una minoría. Una “visión unificada” de las psicoterapias psicoanalíticas nos ofrece la mejor oportunidad para un mayor progreso, puesto que no estamos impedidos de aplicar sistemáticamente el mismo enfoque que usamos en psicoanálisis, excepto en lo que hace a los objetivos del tratamiento y al encuadre que pueden requerir un mayor énfasis. Esto coincide con el punto de vista de Kohut (Kohut, 1980) acerca de la minuciosidad de la elaboración en el psicoanálisis como opuesta a un menor énfasis en la psicoterapia.

Fue el punto de vista empático, sistemáticamente aplicado, lo que condujo a Kohut al descubrimiento de las transferencias con objetos del self. La viñeta clínica de la Sra. Clark ilustra cómo una falla en la empatía del terapeuta puede afectar muy seriamente la transferencia (la Sra. Clark estaba muy enojada y pensó en no volver). El esfuerzo en la reparación no sólo puede conducir al descubrimiento de la injuria inmediata sino que también puede revelar antecedentes y traumas infantiles que han conducido a una específica vulnerabilidad del paciente.

Numerosas consecuencias significativas suceden a la inmersión empática del terapeuta en las experiencias del paciente. Si la comprensión es lograda en forma conjunta requerirá de un diálogo para llegar a ella. Si se desea salvaguardar la evolución de un proceso discernible capaz de guiar las intervenciones del analista, el diálogo deberá ser conducido en forma interpretativa.

Las defensas y resistencias que inevitablemente surgen durante el proceso sirven a la función de proteger al paciente de una retraumatización a manos del analista. El tratamiento del Sr. Moore ilustra cómo manejarse interpretativamente con tales resistencias para prevenir una intensificación iatrogénicamente inducida. También ejemplifica la clase de intervenciones que permiten al paciente un progresivo desprendimiento de actitudes

protectoras y de comportamientos de toda su vida, en respuesta a estas intervenciones y que van introduciendo el proceso de curación.

Ambas viñetas clínicas ilustran el abordaje analítico de la psicoterapia, reflejado en el hecho de centrarse en la transferencia, en sus interrupciones y en sus reparaciones, lo que permite un cierto grado de elaboración de sus precursores genéticos.

BIBLIOGRAFIA

- BACAL, H. A. Optimal responsiveness and the therapeutic process, in *Progress in Self Psychology*, Vol.1. Edited by Goldberg A. New York, Guilford, 1985, pp. 202-227.
- BALINT, M. ORNSTEIN, P.H., BALINT, E. *Focal Psychotherapy: An Example of applied Psychoanalysis*. London, Tavistock Publications, 1972.
- BASCH, M. F. *Doing Psychotherapy*, New York, Basic Books, 1980.
- *Understanding Psychotherapy: The Science Behind the Art*. New York, Basic Books, 1988.
- BIBRING, E. Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *J. Am. Psychoanal Assoc.*, 2:745-770, 1954.
- DEMOS, V. Empathy and affect: reflections on infant experience, in *Empathy*, Edited by Lichtenberg, J. D., Bornstein, M., Silver, D., Hillsdale, N. J., Lawrence Erlbaum, 1984, pp. 9-34.
- DEWALD, P. *Psychotherapy: A Dynamic Approach*, New York, Basic Books, 1964.
- EISSLER, K. R. The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *J. Am. Psychoanal Assoc.*, 1:104-143, 1953.
- EKSTEIN, R. WALLERSTEIN, R.S. *The teaching and Learning of Psychotherapy*, New York, International Universities Press, 1972.
- ELSON, M. (ED) *The Kohut Seminars: On Self Psychology and Psychotherapy With Adolescents and Young Adults*, New York, W.W. Norton, 1987.
- FRANK, J. D. *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*, Baltimore, M.D. Johns Hopkins University Press, 1961.
- FREUD, A. The widening scope of indications for psychoanalysis discussion, *J. Am. Psychoanal, Assoc.*, 2:607-620, 1954.

- GILL, M.M. Ego Psychology and Psychotherapy, *Psychoanal Q.* 20:62-71, 1951.
- Psychoanalysis and exploratory psychotherapy, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 2:771-797, 1954.
- HOFFMAN, I. Z. A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience of the relationship in psychoanalysis and psychotherapy, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 30:137-167, 1982.
- GOLDBERG, A. Self psychology and the distinctiveness of psychotherapy, in *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, Vol.8 Edited by Langs R. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1980, pp. 57-70.
- GREENSON, R.R. The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanal. Q.* 34:155-181, 1965.
- HAVENS, I. *Making Contact: Uses of Language in Psychotherapy*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1986.
- HOROWITZ, M. *States of Mind: Analysis of Change in Psychotherapy*, New York, Plenum, 1979.
- KERNBERG, O.F. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, New York, Jason Aronson, 1975.
- *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT, Yale University Press, 1984.
- BURSTEIN E., COYNE, L., ET AL. Psychotherapy and psychoanalysis: final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. *Bull Menninger Clin* 36:1-275, 1972.
- KOHUT, H. Introspection, empathy and psychoanalysis. *J. Am. Psychoanal Assoc.* 7:459-483, 1959.
- *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York, International University Press, 1971.
- *The Restoration of the Self*. New York, International University Press, 1977.
- Reflections on advances in self psychology, in *Advances in Self Psychology*. Edited by Goldberg A. New York, International Universities Press, pp. 473-554, 1980.
- *How Does Analysis Cure?* Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984.
- KRIS, E. On some vicissitudes of insight in psychoanalysis. *Int. J. Psychoanal*, 37: 445-455, 1956.
- LANGS, R. *The Therapeutic Interaction*. New York, Jason Aronson, 1976.
- LEVINE, M. Principles of psychiatric treatment, in *Dynamic Psychiatry*, Edited by Alexander F., Ross H., Chicago, IL, University of Chicago

- Press, 1952, pp. 307-366.
- LONDON, N. Discussion of "Psychoanalysis of the self and psychotherapy" by Jacques Palaci, in *Advances in Self Psychology*, Edited by Goldberg A. New York, International Universities Press, 1980a, pp. 337-347.
- Discussion paper: Toward a further definition of psychoanalytic psychotherapy, in *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, Vol.8. Edited by Langs R. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1980b, pp. 71-84.
- LUBORSKY, L. *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*, New York, Basic Books, 1984.
- MINTZ J., AUERBACH A., ET AL. Predicting the outcomes of psychotherapy-findings of the Penn psychotherapy project. *Arch Gen Psychiatry* 37:471-481, 1980.
- MAHLER, M.S., PINE F., BERGMAN A. *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*, New York, Basic Books, 1975.
- MALAN, D.H. *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy: A Replication*, New York, Plenum, 1976.
- MANN, J. *Time-Limited Psychotherapy*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1973.
- MUSLIN, H.L., VAL. E.R. *The Psychotherapy of the Self*, New York, Brunner/Mazel, 1987.
- ORNSTEIN, A. The dread to repeat and the new beginning: a contribution to the psychoanalysis of the narcissistic personality disorders, in *Annual of Psychoanalysis*, 1974, Vol. II, Madison, CT, International Universities Press, 1975, pp. 231-248.
- Psychoanalytic psychotherapy a contemporary perspective, in *Kohut's Legacy: Contributions to Self Psychology*. Edited by Stepansky PE, Goldberg A. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1984, pp. 171-181.
- Supportive psychotherapy a contemporary view: *Clinical Social Work Journal* 14:14-30, 1986.
- GROPPER C., BOGNER J. Shoplifting an expression of revenge and restitution, in *Annual of Psychoanalysis*, Vol. XI, New York, International Universities Press, 1983, pp. 311-331.
- ORNSTEIN, PH. On the interpretative process in psychoanalysis, *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, Vol.4, New York, Jason Aronson, 1975, pp. 219-271.
- ORNSTEIN, PH. Emphaty and the therapeutic dialogue. Paper presented at the Fifth Annual Psychotherapy Symposium on

- Psychotherapy The Therapeutic Dialogue*, Harvard University, The Cambridge Hospital, Boston, MA, June 28-30, 1984.
- ORNSTEIN, PH. On narcissism: beyond the introduction. Highlights of Heinz Kohut's contributions to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders, in *Annual of Psychoanalysis*, 1974, Vol.II, New York, International Universities Press, 1975a. pp. 127-149.
- Vitality and relevance of psychoanalytic psychotherapy. *Compr. Psychiatry* 16:503-516, 1975b.
 - Remarks on the central position of empathy in psychoanalysis. *Bulletin of the Association for psychoanalytic Medicine* 18:95-105, 1979.
 - The impact of the analyst's personality on the psychoanalytic treatment process. *Paper presented at the William Alanson White Psychoanalytic Society*, New York, February 8, 1980.
 - The bipolar self in the psychoanalytic treatment process clinical-theoretical considerations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 29:353-375, 1981.
 - On the psychoanalytic psychotherapy of primary self pathology, in *Psychiatry*, 1982: *The American Psychiatric Association Annual Review*, Vol. 1, Edited by Grinspoon L. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1982, pp. 492-510.
 - Discussion of papers by Drs. Goldberg, Stolorow and Wallerstein, in *Reflections on Self Psychology*, Edited by Lichtenberg JD, Kaplan S. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1983, pp.339-384.
 - The thwarted need to grow: clinical-theoretical issues in the selfobject transferences in *Transference in Psychotherapy: Clinical Management*, Edited by Schwaber EA, New York, International Universities Press, 1986, pp. 33-49.
 - Multiple curative factors and processes in the psychoanalytic psychotherapy, in *How Does Treatment Help? On the Modes of Therapeutic Action of Psychoanalytic Psychotherapy. [Monograph Four, Workshop series of the American Psychoanalytic Association]* Edited by Rothstein A. Madison, CT, International Universities Press, 1988, pp. 105-126.
 - ORNSTEIN A. On the continuing evolution of psychoanalytic psychotherapy reflections and predictions, in *Annual of Psychoanalysis*, Vol.V, New York, International Universities Press, 1977, pp. 329-370.
 - ORNSTEIN, A. Self psychology and the process of regression

- Psychoanalytic Inquiry* 1:81-105, 1981.
- ORNSTEIN, A. Clinical understanding and explaining the empathic vantage point, in *Progress and Self Psychology*, Vol.1, Edited by Goldberg A. New York, Guilford, 1985, pp. 43-61.
- ORNSTEIN, A. The functional integrity of the self understanding its disintegration products. *Psychiatric Annals* 16:486-488, 1986.
- PALACI, J. Psychoanalysis of the self and psychotherapy, in *Advances in Self Psychology*. Edited by Goldberg A. New York, International Universities Press, 1980, pp. 317-335.
- SCHWABER, E. Narcissism, self psychology and the listening perspective, in *Annual of Psychoanalysis*, Vol. IX, New York, International Universities Press, 1981, pp. 115-132.
- STERN, D.N. *The Interpersonal World of the Infant*, New York, Basic Books, 1985.
- STONE, L. The widening scope of indications for psychoanalysis. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 2:567-594, 1954.
- STRUPP, H., BINDER, J. Time limited dynamic psychotherapy (TLDP): a treatment manual. Unpublished manuscript, 1982.
- STRUPP, H.H., BINDER, J.L. *Psychotherapy in a New Key*. New York, Basic Books, 1984.
- WALLERSTEIN, R.S. Introduction to panel on psychoanalysis and psychotherapy. *Int. J. Psychoanal.* 50:117-126, 1969.
- *Psychotherapy and Psychoanalysis*. New York, International Universities Press, 1975.
- WALLERSTEIN, R., ROBBINS, L. Concepts, in The psychotherapy research project of the Menninger Foundation. *Bull Menninger Clin* 20:239-262, 1956.
- ROBBINS, L., SARGENT, H., ET AL. The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: rationale, method, sample use. *Bull Menninger Clin* 20:221-280, 1956.
- WEISS, J., SAMPSON, H. *The Psychoanalytic Process*. New York, Guilford, 1986.

Traducido por Alicia Castro.

ANNA Y PAUL H. ORNSTEIN

Descriptores: Caso clínico. Defensa. Empatía. Psicología del self. Psicología del yo. Psicoterapia psicoanalítica.

Anna Ornstein y Paul H. Ornstein
4177 Rose Hill Avenue
Cincinnati OH 45229
U. S. A.